



MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR  
ISABELLE BOUCHARD

EXPLORATION DES RÔLES ET DE LA COLLABORATION  
DES INFIRMIÈRES EN PREMIÈRE ET DEUXIÈME LIGNES  
DANS LE SUIVI DES PERSONNES AVEC MALADIES CHRONIQUES

AVRIL 2016

## RÉSUMÉ

Exploration des rôles et de la collaboration en première et deuxième lignes dans le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques

**INTRODUCTION.** Les maladies chroniques (MC) ont des impacts importants sur les personnes atteintes et leurs proches, sur le système de santé ainsi que sur l'ensemble de la société. Il s'avère donc essentiel d'offrir des services de suivi des personnes atteintes de MC organisés de façon à favoriser leur autogestion et à éviter la duplication des services.

**OBJECTIF.** Présenter les résultats d'une recherche visant à décrire les rôles et la collaboration entre des infirmières de groupes de médecine de famille (GMF) et des infirmières spécialisées dans le cadre d'un projet d'intégration des services en première ligne (Chaire de recherche appliquée des IRSC sur les services et politiques de santé en maladies chroniques en soins de première ligne, 2011).

**DESCRIPTION DU PROJET.** Le devis utilisé a été de type qualitatif avec une étude de cas multiples. Les infirmières des quatre GMF ( $n = 7$ ) participant au projet, les infirmières spécialisées ( $n = 2$ ), les gestionnaires infirmiers de ces milieux ( $n = 2$ ) et la coordonnatrice clinique ont été rencontrés individuellement.

**RÉSULTATS.** Les résultats démontrent l'importance de la reconnaissance des rôles infirmiers et des activités éducatives dans la gestion des MC qui se sont avérés distincts, mais complémentaires. La collaboration intraprofessionnelle a été de très faible intensité car peu de mécanismes de collaboration avaient été mis en place.

**RECOMMANDATIONS.** Lors du déploiement de services spécialisés en première ligne, il faudrait initialement clarifier les rôles attendus et proposer des mécanismes formels de collaboration.

**CONCLUSION :** L'évolution des MC pousse à revoir les services existants en s'assurant d'établir clairement les rôles et les mécanismes de collaboration afin d'offrir des services assurant complémentarité et continuité.

## REMERCIEMENTS

Je suis reconnaissante envers plusieurs personnes qui m'ont encouragée tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je voudrais adresser toute ma gratitude à mes directrices soit Pre Maud-Christine Chouinard et Dre Catherine Hudon, pour leur patience, leur temps et surtout leurs judicieux conseils qui ont servi à alimenter ma réflexion tout au long de ce processus.

Je tiens à remercier les professeurs de l'Université du Québec à Chicoutimi d'avoir contribué à mon cheminement académique en m'apportant du contenu afin de favoriser ma réussite de mes études universitaires.

Également, je voudrais exprimer toute ma reconnaissance envers l'équipe de recherche PR1MaC de m'avoir soutenue dans la collecte et la transcription des données. Cela a grandement facilité mon travail.

Je tiens à remercier des personnes exceptionnelles qui m'ont permis de terminer mes études soit ma gardienne Julie Lecours qui s'est occupée de ma progéniture durant les nombreuses heures passées à étudier. Pour finir, les personnes qui m'inspirent à continuer et à évoluer en tant que personne et professionnelle, mes enfants, Alexis, Adélia et Antony Desbiens et mon compagnon de vie Robert Riverin.

Pour terminer, j'aimerais profiter de l'occasion pour remercier également mes gestionnaires de l'UMF de Chicoutimi qui ont favorisé les horaires afin d'accommoder mes apprentissages et ainsi assister à mes cours. Cet encouragement aux études supérieures est vraiment apprécié.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	II
REMERCIEMENTS.....	IV
TABLE DES MATIÈRES .....	V
LISTE DES TABLEAUX .....	IX
LISTE DES FIGURES .....	X
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	XI
INTRODUCTION .....	12
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE.....	16
BUT DE L'ÉTUDE.....	27
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRIT .....	28
IMPORTANCE DES MALADIES CHRONIQUES ET COMPLEXITÉ DU SUIVI REQUIS.....	29
RÔLES DES INFIRMIÈRES EN PREMIÈRE LIGNE, PLUS PARTICULIÈREMENT EN GMF.....	32
RÔLES DES INFIRMIÈRES EN MALADIES CHRONIQUES .....	37
COLLABORATION INTRAPROFESSIONNELLE / INTERPROFESSIONNELLE / COLLABORATION PROFESSIONNELLE/PRATIQUE DE COLLABORATION.....	39
HIÉRARCHISATION DES SOINS ET SERVICES ET RÉSEAU LOCAL DE SERVICES.....	43
CADRE DE RÉFÉRENCE.....	46
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE.....	51
DEVIS DE RECHERCHE.....	52
MILIEUX DE L'ÉTUDE .....	53
POPULATION ET ÉCHANTILLON .....	53
DÉFINITIONS DES CONCEPTS EXPLORÉS .....	55
MALADIE CHRONIQUE .....	55
RÔLES DES INFIRMIÈRES.....	55
SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE .....	55
GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF) .....	56
SERVICES SPÉCIALISÉS.....	56
OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES .....	57
DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DES DONNÉES .....	58

CRITÈRES DE RIGUEUR SCIENTIFIQUE .....	59
CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES .....	60
ANALYSE DES DONNÉES.....	61
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS .....	62
DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON .....	64
CONTEXTE GÉNÉRAL.....	66
DESCRIPTION DES ENTITÉS AU PREMIER NIVEAU D'ANALYSE POUR LE PREMIER TERRITOIRE.....	66
PREMIER CAS DU PREMIER TERRITOIRE (CHICOUTIMI) .....	66
Contexte.....	66
Question 1.....	67
Question 2.....	69
Question 3.....	70
Question 4.....	71
DEUXIÈME CAS DU PREMIER TERRITOIRE .....	72
Contexte.....	72
Question 1.....	72
Question 2.....	74
Question 3.....	75
Question 4.....	76
DEUXIÈME NIVEAU D'ANALYSE .....	77
PREMIER ET DEUXIÈME CAS POUR LE TERRITOIRE DE CHICOUTIMI (GESTIONNAIRES DE PREMIÈRE ET DEUXIÈME LIGNES, COORDONNATRICE DU PROJET PR1MAC ET INFIRMIÈRE PR1MAC DE CHICOUTIMI).....	77
Contexte.....	77
Question 1.....	79
Question 2.....	81
Question 3.....	81
Question 4.....	82
DESCRIPTION DES ENTITÉS AU PREMIER NIVEAU D'ANALYSE POUR LE DEUXIÈME TERRITOIRE .....	83
PREMIER CAS DU DEUXIÈME TERRITOIRE (JONQUIÈRE) .....	83
Contexte.....	83
Question 1.....	84
Question 2.....	84

Question 3.....	85
Question 4.....	86
DEUXIÈME CAS DU DEUXIÈME TERRITOIRE (JONQUIÈRE) .....	87
Contexte.....	87
Question 1.....	87
Question 2.....	89
Question 3.....	90
Question 4.....	91
DEUXIÈME NIVEAU D'ANALYSE .....	92
PREMIER ET DEUXIÈME CAS POUR LE TERRITOIRE DE JONQUIÈRE (GESTIONNAIRES PREMIÈRE ET DEUXIÈME LIGNES; COORDONNATEUR PREMIÈRE ET DEUXIÈME LIGNES ET INFIRMIÈRE PR1MAC DE JONQUIÈRE) .....	92
Contexte.....	92
Question 1.....	93
Question 2.....	95
Question 3.....	96
Question 4.....	97
SYNTHESE DES QUATRE QUESTIONS DE RECHERCHE AU NIVEAU DES ETUDES DE CAS .....	98
PREMIÈRE QUESTION DE RECHERCHE.....	98
DEUXIEME QUESTION DE RECHERCHE .....	102
TROISIEME ET QUATRIEME QUESTIONS DE RECHERCHE .....	107
FIGURE 8 : OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS EN LIEN AVEC LA COLLABORATION .....	108
SYNTHÈSE INTER-CAS (PREMIER NIVEAU D'IMBRICATION) .....	109
CHAPITRE 5 : DISCUSSION .....	112
PERTINENCE DU CADRE DE RÉFÉRENCE .....	119
LIMITES DE L'ÉTUDE .....	120
RETOMBÉES DE L'ÉTUDE .....	121
CONCLUSION.....	123
RÉFÉRENCES .....	125
APPENDICE A.....	134
GUIDE D'ENTREVUE ENTREVUE INDIVIDUELLE POUR LES INFIRMIÈRES DE GMF APRÈS L'INTERVENTION .....	135
APPENDICE B.....	138
<b>PROJET DE RECHERCHE PR1MAC .....</b>	<b>139</b>

GUIDE D'ENTREVUE ENTREVUE INDIVIDUELLE POUR LES INTERVENANTS DU PROJET PRIMAC APRÈS L'INTERVENTION.....	139
APPENDICE C.....	142
GUIDE D'ENTREVUE ENTREVUE INDIVIDUELLE POUR LA COORDONNATRICE CLINIQUE DU PROJET PRIMAC APRÈS L'INTERVENTION.....	143
APPENDICE D.....	146
GUIDE D'ENTREVUE EN GROUPE DE DISCUSSION POUR LES GESTIONNAIRES DE 1RE LIGNE APRÈS L'INTERVENTION .....	147
APPENDICE E .....	149
GUIDE D'ENTREVUE EN GROUPE DE DISCUSSION POUR LES GESTIONNAIRES DES SERVICES SPÉCIALISÉS EN MALADIES CHRONIQUES APRÈS L'INTERVENTION .....	150
APPENDICE F .....	153
COMITÉ D'ÉTHIQUE CSSS DE CHICOUTIMI ET JONQUIÈRE .....	154
APPENDICE G.....	159
COMITÉ D'ÉTHIQUE UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI .....	160



## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON (N=16) .....	65
--	----

## LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX .....	45
FIGURE 2 : MOSAÏQUE DES COMPETENCES CLINIQUES DE L'INFIRMIERE .....	47
FIGURE 3 : SYNTHÈSE DES RÔLES DES INFIRMIERES DE PREMIERE ET DEUXIEME LIGNES .....	100
FIGURE 4 : RÔLES COMMUNS DES INFIRMIÈRES.....	101
FIGURE 5 : IMPACTS POSITIFS ET NÉGATIFS .....	104
FIGURE 6 : DEUXIÈME NIVEAU D'ANALYSE DES GESTIONNAIRES DE PREMIÈRE, DEUXIÈME LIGNE, SECTEUR CHICOUTIMI.....	105
FIGURE 7 : DEUXIEME NIVEAU D'ANALYSE DES GESTIONNAIRES DE PREMIERE, DEUXIEME LIGNE, SECTEUR JONQUIERE.....	106
FIGURE 8 : OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS EN LIEN AVEC LA COLLABORATION .....	108
FIGURE 9 : OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS EN LIEN A LA COORDINATION ET LA CONTINUITE DES SERVICES.....	111

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

CH :	Centre hospitalier
CLSC :	Centre local de services communautaires
CMQ :	Collège des médecins du Québec
CSSS :	Centre de services de santé et sociaux
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
GMF :	Groupe de médecine de famille
HTA :	Hypertension artérielle
ITSS :	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MAD :	Maintien à domicile
MC :	Maladies chroniques
MPOC :	Maladie pulmonaire obstructive chronique
OIIQ :	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS :	Organisation mondiale de la santé
OPQ :	Ordre des pharmaciens du Québec
PR1MaC :	Programme de réadaptation intégrée en première ligne pour les maladies chroniques
RLS :	Réseau local de services
SAD :	Soins à domicile
UMF :	Unité de médecine de famille

## INTRODUCTION

Avec le vieillissement des populations, il est essentiel d'optimiser la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques (MC) et ce, dans une optique où cela devrait être une préoccupation majeure des gouvernements (Broemeling, Watson, & Prebtani, 2008; Pineault, Provost, Hamel, Couture, & Levesque, 2011; Wagner, 2001). Les MC constituent le principal problème de morbidité à l'échelle mondiale, puisqu'elles sont responsables de 63 % des décès (Mireau, Gaudreault, & Laframboise, 2011; Organisation mondiale de la santé, 2006). Les conséquences de ces maladies ont des impacts importants sur les personnes atteintes et leurs proches, sur le système de santé ainsi que sur l'ensemble de la société. Il faut donc tenter de modifier l'organisation des soins actuels en vue de mettre l'emphasis sur l'auto prise en charge individuelle (autogestion) des personnes atteintes de MC.

De plus, la prévalence élevée de la multimorbidité, définie par la présence de deux MC ou plus (M. Fortin, Lapointe, Hudon, & Vanasse, 2005), requiert de repenser le système actuel de gestion des MC (Dorr et al., 2006; M. Fortin et al., 2005; Guthrie, Wyke, Gunn, Akker, & Mercer, 2011). Celui-ci est axé davantage sur la maladie, alors qu'il devrait s'orienter vers une approche globale et complète de la personne. Il faudrait utiliser des ressources qui peuvent soutenir les personnes dans une prise en charge complète plutôt que d'axer sur une seule pathologie (Pineault et al., 2011; Starfield, 1998). Pour répondre aux besoins des personnes atteintes de MC et, en conséquence, réduire les retombées sociétales de ces maladies, le système de santé doit premièrement fonctionner selon un mode de hiérarchisation des services impliquant une intégration des services dans les réseaux locaux de services (RLS) (Dubé, Noreau, & Landry, 2012). Il doit également

prendre appui sur les soins de première ligne qui sont vus comme le point d'ancrage principal des personnes avec MC dans le système de santé (Dubé et al., 2012). L'objectif de la hiérarchisation des services est de mobiliser tous les acteurs du réseau de la santé afin que le bon service soit dispensé par le bon intervenant, au bon patient et en temps opportun. Ceci permettra, en contexte de pénurie de ressources, d'assurer une continuité des soins et ce, sans dédoubler les rôles des intervenants. À l'intérieur des RLS, les infirmières sont les intervenantes qui agissent à tous les niveaux de services. Il faut donc les mettre à contribution et définir les rôles de ces dernières qui œuvrent tant au niveau de la première que de la deuxième ligne.

Ce mémoire s'intéresse dans un premier temps à l'exploration des rôles respectifs des infirmières en première et deuxième lignes dans un contexte de déploiement de ressources de deuxième ligne (Chaire de recherche appliquée des IRSC sur les services et politiques de santé en maladies chroniques en soins de première ligne, 2011) dans des milieux de première ligne (groupes de médecine de famille - GMF). Dans un deuxième temps, il vise à décrire la collaboration intra professionnelle survenue dans le contexte de cette étude pour éviter la duplication des services afin que les services soient dispensés au bon moment par le bon intervenant.

Ce mémoire comporte cinq chapitres. Le premier chapitre présente la problématique de recherche. Le second chapitre traite de la recension des écrits qui s'articule autour de quatre thèmes : l'importance des MC et la complexité du suivi; le rôle des infirmières en première ligne, plus particulièrement en GMF; le rôle des infirmières en MC et l'explication des différentes lignes de services en lien avec la hiérarchisation des soins et

services. Le cadre théorique utilisé est inspiré de la Mosaïque des compétences infirmières (Leprohon & Bellavance, 2009). Le troisième chapitre expose la méthodologie utilisée, les considérations éthiques et les critères de rigueur scientifique. Le quatrième chapitre présente les résultats. Puis finalement le dernier chapitre propose une discussion de ces résultats et des limites de l'étude et suggère des retombées cliniques potentielles découlant des résultats de cette étude.

## CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE



L'augmentation rapide de la prévalence des MC au sein de la population n'est plus à démontrer. Elles sont, en grande partie, responsables d'une diminution de la qualité de vie, en plus d'être une cause importante de mortalité précoce (Dubé et al., 2012). Puisque les experts allèguent qu'à ce jour, la prévention demeure le moyen le plus efficace de réduire l'impact des MC au sein de la population, l'objectif doit être de promouvoir des comportements de santé optimaux (Dubé et al., 2012; Martin & Sturmberg, 2009).

Les ressources du système de santé sont importantes, mais limitées, et la duplication des services entre les services de première ligne et ceux de deuxième ligne spécialisés en MC n'est pas souhaitable. En effet, il existe des cliniques spécialisées en MC, mais souvent, chaque pathologie y est traitée de façon séparée, par des équipes indépendantes, ce qui amène un risque d'un manque de continuité des interventions et d'omettre certains facteurs de risque reliés à la multimorbidité. La globalité de la personne n'est pas prise en considération ainsi que la multimorbidité souvent présente (Corser, 2011). Par contre, l'expertise des intervenants de ces cliniques spécialisées, dont les infirmières spécialisées font partie, est indispensable à la réussite de la prise en charge de personnes avec MC (Bélanger et al., 2012). La mise en place de ces équipes interdisciplinaires en MC (Bélanger et al., 2012) a créé un ensemble de services de santé et de services sociaux de qualité à court et moyen terme, interdépendants, organisés et coordonnés à l'intérieur d'un réseau local des services (RLS). Les services sont offerts en concertation, en partenariat, en collaboration et en complémentarité, grâce à un continuum d'interventions préventives, curatives, de réadaptation et palliatives, par des ressources des secteurs de la santé, des services sociaux, communautaires, bénévoles et privés (Cardinal, Massé, Gilbert, Hamel, &

Allain, 2003; Dubé et al., 2012; Mercier, 2007). Les interventions sont offertes en vue de mieux répondre à l'ensemble des besoins socio sanitaires d'une clientèle ciblée, de manière personnalisée et adaptée à ses besoins et à ceux des familles et des proches des personnes avec MC, dans un souci de gestion optimale des ressources selon le niveau de soins requis soit en première, deuxième ou troisième ligne (Cardinal et al., 2003; Dubé et al., 2012; Mercier, 2007). Par contre, il y a peu d'intégration au niveau des services de première ligne, notamment avec les infirmières qui y œuvrent qui sont les premières à rencontrer les personnes aux prises avec des MC (Lévesque, 2010a).

Suite à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Rapport Clair), le ministre d'état à la Santé et aux Services sociaux du Québec a annoncé en 2001 une réforme dans l'organisation des services de première ligne. Cette réforme proposait la création des groupes de médecine de famille (GMF) (Clair, 2000). Ce nouveau lieu de pratique infirmière a vu alors le jour en 2002 afin d'accroître l'accessibilité aux clientèles et de leur faire bénéficier d'une prise en charge globale. Les GMF ont été qualifiés de novateurs, car ils permettaient de combiner les expertises de plusieurs professionnels de la santé. D'Amour (2001) a mentionné qu'il est essentiel que la philosophie et les pratiques de soins des GMF s'harmonisent avec les principes d'une pratique de collaboration autant avec le corps médical qu'avec les intervenants de deuxième ligne soit les cliniques spécialisées déjà existantes. Cette pratique est basée sur les soins de première ligne (D'Amour et al., 2008; D'Amour, 2001; Dubé et al., 2012; Fiore, 2011). En contexte de pénurie des ressources, il est important de ne pas dupliquer les ressources et ainsi harmoniser les pratiques de toutes les ressources déjà existantes.

Le rôle des infirmières en GMF est illustré dans quelques études seulement étant donné la mise en place relativement récente de ces cliniques. Ce rôle des infirmières demeure en conséquence méconnu. Chaque GMF a souvent son propre point de vue du rôle et des activités que ces dernières peuvent exercer, c'est-à-dire que le rôle et les activités des infirmières se précisent souvent selon la volonté de l'équipe médicale en place et les missions des GMF (soit obstétrique, pédiatrie, suivi des MC...). En conséquence, il y a beaucoup de variabilité et de diversité dans les rôles et les activités des infirmières d'un GMF à l'autre (D'Amour, Tremblay, & Proulx, 2009). Il y a également des distinctions importantes tout dépendamment de l'endroit où se situe le GMF (clinique privée ou publique) (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010). Par contre, le suivi des MC est de plus en plus présent dans tous les GMF. Le rôle des infirmières en GMF est défini de façon large malgré l'importance d'utiliser toutes les ressources disponibles afin de pouvoir aider les clients adéquatement vers une prise en charge globale.

Le rôle des infirmières en cliniques spécialisées est abordé dans plusieurs études. Des études existent sur le rôle de ces infirmières spécialisées mais elles sont souvent inspirées des cliniques indépendantes qui traitent chaque MC de façon distincte. Dans la majorité des cas, les liens ne sont pas intégrés entre les infirmières de première et deuxième lignes, ce qui désavantage la personne atteinte de MC. Cette absence d'une vision intégrative et de complémentarité des rôles de ces deux catégories d'infirmières peut entraîner des problèmes de duplication des interventions, d'utilisation des ressources sous-optimale et un manque de coordination et de complémentarité de leurs interventions auprès des personnes avec MC. Cela incite à vouloir mieux comprendre comment peut s'organiser

le rôle de ces deux catégories d'infirmières dans un même continuum de services en explorant les rôles des infirmières en GMF et de celles des cliniques spécialisées en MC. Cela pourrait mener à une pratique de collaboration intéressante entre ces infirmières, ce qui éviterait la duplication des services et favoriserait un suivi plus adapté au niveau de la clientèle.

Les principes de gestion des MC amènent à gérer la morbidité au niveau populationnel et ainsi augmenter la promotion de la santé et la prévention de ces maladies afin d'informer les personnes sur les facteurs de risque (Livingston & Dunning, 2010; Mireau et al., 2011; Moore & McQuestion, 2012). Shortell et ses collègues (Shortell, Gillies, Anderson, Erickson, & Mitchell, 1996) indiquent que le défi se résume à amener une population chroniquement malade vers une population chroniquement bien. Pour cela, il faut mettre à contribution les compétences et la polyvalence d'un ensemble de professionnels de la santé afin de pouvoir offrir une gestion adéquate et surtout adaptée aux besoins de chaque client. Il faut harmoniser les pratiques et s'unir afin de faire évoluer positivement la prise en charge des MC (D'Amour et al., 2008; Lévesque, 2010a; Russell et al., 2009).

Le conseil des infirmières et infirmiers de l'OIIQ a expliqué les progrès avant-gardistes de la pratique infirmière en soins de première ligne (Colloque des CII-CIR, 2008). C'est pourquoi, le rôle des infirmières en première ligne est caractérisé comme déterminant au niveau de la gestion des personnes atteintes de MC et ce, par l'Organisation mondiale de la santé (Dubé et al., 2012). Les infirmières en GMF sont donc appelées à développer différents rôles et services, notamment le suivi systématique des clientèles vulnérables, le

suivi des MC, le soin aux personnes en perte d'autonomie, la réponse aux situations d'urgence et crises psychosociales, la promotion de la santé, la prévention de la maladie, l'évaluation de la santé, le soin à domicile, l'éducation sur les autosoins ainsi que la référence aux ressources du milieu communautaire.

« Selon la revue systématique menée par Laurant et al. (2005), sept études mentionnent que les infirmières assurent le premier contact et les soins courants des clients qui consultent. Dans cinq études, les infirmières sont contactées en premier uniquement par les clients désirant une consultation sans rendez-vous dans un délai court. Dans quatre études, les infirmières ont pris la responsabilité du suivi courant pour des clients avec des maladies chroniques particulière » (p. 20)(Pelletier, 2008).

Les infirmières en GMF ont un rôle très élargi et c'est pourquoi l'harmonisation avec les services de deuxième ligne (cliniques spécialisées) est plus que souhaitable.

Beaucoup de réorganisations ont été faites en vue de subvenir aux besoins croissants de la clientèle aux prises avec des MC (Dorr et al., 2006; Lévesque, 2010b). Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, il y a eu une mobilisation en 2001 afin de répondre aux besoins des personnes avec MC, par la mise en place de la Trajectoire des services de réadaptation intégrés pour les MC (M. Fortin et al., 2013; Lapierre & Bouchard, 2002). Cette Trajectoire offre plusieurs services éducatifs (habitudes de vie, alimentation, activité physique, etc.) et ce, par différents intervenants (infirmière spécialisée, médecin spécialiste, kinésiologue, nutritionniste, etc.). Ces interventions sont dispensées au sein des six établissements (anciennement les centres de santé et de services sociaux – CSSS) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay-Lac-Saint-Jean dans les cliniques spécialisées à partir de références médicales. Les professionnels œuvrant dans ces cliniques travaillent au sein d'une organisation de services centrée sur une seule

maladie dont ils deviennent les experts de leur pathologie (exemples : diabète, MPOC, insuffisance cardiaque, etc.). C'est un réseau de services fort apprécié tant des professionnels référents que des clients, qui a une approche fondée sur les données probantes (M. Fortin et al., 2013). Les suivis se font de façon individuelle ou de groupe, habituellement n'excédant pas trois mois. Par la suite, un rapport est envoyé au médecin de famille traitant. Suite à une table ronde régionale concernant ces services, tenue le 30 avril 2010, plusieurs appréciations ont été manifestées (M. Fortin et al., 2013):

- Bon encadrement;
- Bonne qualité des intervenants;
- Accessibilité des services et personnalisation des interventions.
- Amélioration des connaissances (alimentation, médication, physiopathologie et nouveaux traitements);
- Développement d'une meilleure confiance en soi;
- Motivation améliorée;
- Effets positifs sur l'état de santé (perte de poids, remise en forme, meilleures habitudes alimentaires, moins de complications).

Les changements organisationnels survenus dans les dernières années ont incité les dirigeants locaux à amender cette Trajectoire des MC en tentant d'augmenter la collaboration et le rapprochement des intervenants en première et deuxième lignes afin d'optimiser le suivi des clientèles. Récemment, il a été proposé que les services de réadaptation spécialisés en MC soient offerts à proximité des clientèles, notamment en première ligne (Dubé et al., 2012).

Il doit y avoir une structure facilitante afin de favoriser cette collaboration intraprofessionnelle et interprofessionnelle des services de première et deuxième lignes. La délimitation des rôles des infirmières est essentielle afin que la collaboration intraprofessionnelle de ces infirmières (première et deuxième lignes) prenne forme avec des processus formels. De cette façon, celles-ci n'auront plus l'impression que leur rôle est dédié qu'à un seul niveau de services (première et deuxième lignes) selon l'endroit où elles exercent. Il est important de comprendre que la complémentarité de toutes les interventions est bénéfique afin de combler les besoins des personnes atteintes de MC. Les suivis de ces personnes requièrent une collaboration qui va au-delà de la chasse gardée des rôles infirmiers.

Un projet a été déployé au Saguenay-Lac-Saint-Jean en 2010-2012, qui consistait à ce que des services spécialisés (deuxième ligne) soient intégrés en soins de première ligne (GMF). Les intervenants de première et deuxième lignes ont été physiquement en contact afin de favoriser les liens de proximité et de collaboration intraprofessionnelle. Le projet de recherche « PR1MaC » est un programme de réadaptation intégrée en soins de première ligne pour les maladies chroniques. Dans le cadre de ce vaste projet de démonstration des effets au niveau de l'intégration de services spécialisés en première ligne (Chaire de recherche appliquée des IRSC sur les services et politiques de santé en maladies chroniques en soins de première ligne, 2011) dans deux territoires du Saguenay, des services ont été offerts à plus de 400 personnes avec MC dans huit cliniques dont quatre GMF. L'intervention évaluée a consisté à évaluer l'efficacité d'interventions de réadaptation inspirées de la Trajectoire des MC au Saguenay-Lac-Saint-Jean et ce dans le contexte de

déploiements de services dans les milieux même de première ligne. Au sein de ces interventions, des infirmières spécialisées en MC ont offert des interventions de réadaptation dans les milieux de première ligne en collaboration avec les référents de provenance des milieux de première ligne (médecin ou infirmière) (M. Fortin et al., 2013). Ces interventions étaient dédiées aux personnes atteintes de MC ou ayant des facteurs de risque qui augmentent le risque d'avoir une MC. Les personnes ciblées par le projet devaient présenter au moins l'une des maladies suivantes : le diabète de type 1 ou 2, une maladie cardiovasculaire, l'asthme, une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou un facteur de risque de ces maladies : l'hypertension artérielle, le cholestérol élevé, le tabagisme, l'embonpoint ou l'obésité ou la sédentarité. Les personnes devaient être âgées entre 18 et 75 ans et avoir un potentiel de réadaptation. Avec le projet PR1MaC, le médecin ou l'infirmière de GMF pouvait offrir à la personne atteinte de MC ou avec des facteurs de risque, de pouvoir être suivie par une équipe interdisciplinaire de professionnels composée d'infirmières spécialisées, de kinésiothérapeutes, de nutritionnistes, d'inhalothérapeutes et d'intervenants en arrêt tabagique et ce au sein même de leur clinique habituelle. Durant ce suivi d'une durée de trois mois, la personne devait rencontrer minimalement à trois reprises les intervenants ciblés afin de répondre adéquatement au besoin de chacun. Le lien entre les professionnels s'avère essentiel et déterminant afin d'accroître l'accessibilité et d'obtenir une meilleure continuité des soins suite à une période de réadaptation. L'importance de bien collaborer entre les professionnels amène à établir une différenciation des rôles des infirmières en GMF et de celles spécialisées en MC. L'arrimage des services doit s'effectuer d'abord en déterminant les rôles de chacune afin d'éviter le dédoublement des



services. Le modèle de prise en charge populationnelle amène les intervenants du RLS à se responsabiliser en favorisant une hiérarchisation des services qui est au cœur de l'organisation des soins. L'intégration des services doit se faire au niveau des plans locaux, régionaux et suprarégionaux. Donc, la collaboration était au cœur des services afin d'optimiser la prise en charge du client et ce, de façon globale. Dans ce contexte, il aurait été important qu'il y ait une continuité des soins au niveau infirmier pour ainsi éviter qu'un client soit laissé sans suivi ou qu'il reçoive l'information en duplicata par deux catégories d'infirmières.

La responsabilité populationnelle confiée aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec en 2003 (Lapierre & Bouchard, 2002) appuie ce projet afin que l'on favorise l'organisation des soins et l'augmentation de la collaboration intra et interprofessionnelle. L'organisation des services autant sur les plans de l'accessibilité, de la continuité que de la qualité des services est ciblée. Le modèle de la hiérarchisation propose une organisation des soins impliquant une intégration des services sur les plans local, régional et suprarégional (Dubé et al., 2012). Il est prioritaire de garantir une complémentarité des services et de faciliter le cheminement de la personne entre la première, deuxième et la troisième ligne de soins. La coordination entre les lignes de services exige une logique de hiérarchisation des soins et un processus de liaison comprenant un partage clair des responsabilités des intervenants (Dubé et al., 2012; Lévesque, 2010b). La première ligne offre une diversité de soins et services et l'appui des ressources spécialisées (deuxième et troisième ligne) lui est indispensable. Le modèle de prise en charge populationnelle propose une coordination ainsi qu'une bonne transmission

de l'information comme facteurs déterminants dans le développement de mécanismes de références formels et efficaces afin de diminuer les délais et les complications des personnes atteintes de MC.

Pour décrire et différencier le suivi et les interventions offerts par ces deux types d'infirmières, cette étude prend assise sur la Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière au Québec (Leprohon & Bellavance, 2009) qui est présenté plus en détails dans la recension des écrits. Ce modèle permet de définir et de représenter les compétences cliniques de l'infirmière à diverses étapes de son développement professionnel, tout en préservant la vision globale de l'exercice de la profession (Leprohon & Bellavance, 2009). Trois composantes font parties de la Mosaïque soit : fonctionnelle, professionnelle et contextuelle. La composante professionnelle a été utilisée dans le cadre de ce mémoire pour l'élaboration des guides d'entrevue. Les guides d'entrevue pour les infirmières ont été construits par l'étudiante chercheuse et ses directrices afin d'explorer les rôles et la collaboration intraprofessionnelle des deux catégories d'infirmières qui faisaient parties du projet PR1MaC (infirmière de première ligne, GMF) et les infirmières spécialisées (deuxième ligne, PR1MaC) « Cette composante inclut les compétences définies en fonction des éléments d'exercice décrites dans le document Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007). À l'intérieur de celle-ci, les fonctions sont groupées dans neuf dimensions qui permettent d'assurer une rigueur dans l'évaluation clinique, les interventions cliniques et la continuité des soins.

### **But de l'étude**

Le but de cette étude était d'explorer les rôles et la collaboration intraprofessionnelle perçus par les infirmières de GMF et celles des services spécialisés en MC dans le cadre d'un projet de déploiement de services spécialisés en MC (Chaire de recherche appliquée des IRSC sur les services et politiques de santé en maladies chroniques en soins de première ligne, 2011) en première ligne. La description obtenue devait permettre une clarification des rôles en vue d'éviter la duplication des services offerts par les infirmières de première et de deuxième ligne et ainsi offrir des services de qualité qui assurent la prise en charge globale de la personne atteinte de MC et la continuité des soins.

## CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRIT

Ce chapitre présente une recension des écrits approfondissant l'état des connaissances actuelles sur l'enjeu des MC au Canada et l'importance d'un arrimage des services en première et deuxième lignes afin de pouvoir répondre aux besoins de la clientèle souffrant de MC. Ce chapitre se divise en six parties. La première démontre l'importance des MC et la complexité du suivi des personnes qui en sont atteintes. La seconde partie décrit les rôles actuels des infirmières en première ligne et plus particulièrement celles œuvrant en GMF. Le contexte actuel de la première ligne en relation avec les GMF est exposé. En troisième partie, le rôle des infirmières spécialisées en MC est exploré, en détaillant ce qui se fait actuellement au niveau de la deuxième ligne. Ensuite, une description des différentes terminologies qui sont existantes dans le domaine de la santé; soit la collaboration intraprofessionnelle, la collaboration interprofessionnelle, collaboration professionnelle et les pratiques collaboratives. Ces différentes collaborations sont décrites à travers la hiérarchisation des services dont sont confrontées les différents intervenants. En sixième partie, le cadre de référence de la présente étude est décrit plus en profondeur, soit la Mosaïque des compétences infirmières. Pour terminer, les questions de recherche de la présente étude sont présentées.

### **Importance des maladies chroniques et complexité du suivi requis**

Les MC sont définies comme des problèmes de santé sérieux qui nécessitent une prise en charge médicale ou infirmier et ce, pour le suivi des changements proposés dans les habitudes de vie ou dans les traitements (Broemeling et al., 2008; Cazale & Dumitru, 2008; Dubé et al., 2012; Hamel, Poirier, & Maranda, 2005) ainsi que dans le soutien à

l'autogestion (Conseil canadien de la santé, 2012). Plusieurs pathologies sont ciblées par le Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques de 2012 du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, soit : le diabète, l'arthrite rhumatoïde, l'arthrose, la MPOC, l'hypertension, les maladies vasculaires cérébrales, l'insuffisance cardiaque et les cardiopathies ischémiques (Dubé et al., 2012). Les personnes atteintes de MC ont souvent plus d'une condition médicale (deux pathologies ou plus); on parle alors de multimorbidité, ce qui complique la prise en charge globale de la personne en ajoutant une complexité à la continuité des soins (M. Fortin et al., 2005; Russell et al., 2009).

Chaque année, environ 160 000 canadiens meurent des causes de la maladie cardiovasculaire, du cancer, de la maladie pulmonaire et du diabète, ce qui représente les deux tiers du bilan des décès annuels (Comité consultatif sur la santé de la population, 2002). La maladie cardiovasculaire est la principale cause de mortalité, d'incapacité et de morbidité. En 2001, elle était responsable de 34 % des décès. Plus de deux millions de canadiens souffrent du diabète et le diagnostic est d'environ 60 000 nouveaux cas chaque année. Ces statistiques grimperont au fur et à mesure que la population vieillira et que le taux d'obésité augmentera (Dubé et al., 2012; Harvey, Hook, Kozyniak, & Selvanathan, 2002). Chaque année, environ 100 000 canadiens reçoivent un diagnostic d'arthrite et environ 4,6 millions d'adultes (15 ans ou plus) au Canada déclarent en être atteints, soit 16,6% de la population (La société de l'arthrite, 2013).

Ces statistiques sont éloquentes et le vieillissement de la population, l'exposition aux facteurs de risque, les avancées thérapeutiques ainsi que l'augmentation de l'espérance

de vie auront comme conséquence une augmentation croissante du risque d'atteinte (Dubé et al., 2012). La plupart de ces maladies apparaissent de façon insidieuse et ont une évolution lente, ce qui a comme résultat une diminution de l'adhérence au traitement proposé qu'il soit pharmacologique ou au niveau des changements de certaines habitudes de vie (Corser, 2011; Dorr et al., 2006; Dubé et al., 2012; Organisation mondiale de la santé, 2011). Lorsque le diagnostic est établi, la maladie est en constante évolution ce qui nécessite des soins et des interventions adaptés à chaque personne aux différents stades d'avancement de la maladie. Si la tendance se maintient et qu'il y a recrudescence des facteurs de risque modifiables (sédentarité, embonpoint et obésité, tabagisme et alimentation inadéquate), le fardeau des MC devrait s'alourdir autant pour les personnes que pour les intervenants (Cazale & Dumitru, 2008; Hamel et al., 2005; Wagner, 2001). La prévention devient le moyen le plus efficace de prévenir les effets négatifs que les MC peuvent apporter autant au niveau de la qualité de vie et de l'espérance de vie pour les personnes atteintes que pour les proches aidants.

Au Québec, 44 % des personnes âgées de plus de 20 ans avaient au moins une maladie chronique en 2009-2010 (Organisation mondiale de la santé, 2011). Cependant, la prise en charge se complique lorsque les personnes sont atteintes de multimorbidité (deux MC ou plus). Cela représente un grand défi pour les soins de première ligne car elles sont associées à des coûts considérables du fait que l'observance au traitement est souvent déficiente et que les recommandations doivent être reprises à différents stades de l'évolution de la maladie (DiMatteo, Giordani, Lepper, & Croghan, 2002). L'utilisation de plusieurs ressources humaines et matérielles en est directement liée et amène une difficulté

supplémentaire aux cliniciens de première ligne afin qu'ils puissent appliquer les lignes directrices (Bodenheimer, 1999; F. Fortin & Gagnon, 2010; Y.-C. Gagnon, 2012) de chaque pathologie et ainsi assurer une continuité des soins (Nutting, Goodwin, Flocke, Zyzanski, & Stange, 2003).

De plus, dans un contexte de multimorbidité, il est primordial d'axer les interventions sur la personne et non sur une maladie en particulier (Lapierre & Bouchard, 2002; Pineault et al., 2011). Les facteurs de risque modifiables ou évitables deviennent des troncs communs sur lesquels il faut davantage axer les interventions chez les personnes atteintes de MC et la population en général (Allen, 2004; Dorr et al., 2006; Lévesque, 2010b). Cela permet d'appliquer une intervention intégrée pour cette clientèle. Les données provenant d'enquêtes populationnelles sur les facteurs de risque modifiables, associés à la croissance de la prévalence des MC, indiquent qu'il faut maintenir un lien autant pendant qu'après l'intervention intégrée (Organisation mondiale de la santé, 2003). Tous les experts émettent le même constat, qu'en contexte de multimorbidité, il faut unir tous les acteurs de la santé afin d'augmenter la promotion et la prévention de saines habitudes de vie et travailler collectivement dans une prise en charge globale de la personne (Bélanger et al., 2012; Dubé et al., 2012).

### **Rôles des infirmières en première ligne, plus particulièrement en GMF**

Dans les année 1978, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) donnait une définition générale des soins de première ligne : « Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux



individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination »(p. 5) (Organisation mondiale de la santé. & Nations Unies Fonds Pour l'Enfance, 1978). Déjà une volonté de responsabilisation populationnelle était d'actualité. Avec l'augmentation fulgurante des MC, il est crucial d'intervenir et d'optimiser l'équipe de première ligne. Les soins de premier niveau sont la porte d'entrée dans le système de soins, les différents intervenants offrent des soins généralistes, globaux, continus, intégrés, accessibles à toute la population, et ils coordonnent et intègrent des services nécessaires à d'autres niveaux de soins (Starfield, Shi, & Macinko, 2005).

Les infirmières, fortement visées de par leur expertise variée, sont l'espoir du système de santé (Macdonald, Rogers, Blakeman, & Bower, 2008; McGhee & Murphy, 2010; Mercier, 2007; Oandasan et al., 2010; Roy & Sylvain, 2004). En appui, le thème de la journée internationale de l'infirmière, organisée par le Conseil international des infirmières (CII) le 12 mai 2008, était explicite, puisqu'il s'intitulait « Les infirmières à l'avant-garde des soins de santé primaires ». Le CII a expliqué les progrès avant-gardistes des soins de première ligne en pratique infirmière. C'est pourquoi le rôle des infirmières est caractérisé comme déterminant par l'OMS. Cette dernière concluait ainsi sur le rôle des infirmières : « La pratique infirmière est l'essence même des soins de santé primaires, en raison de leur formation, de leur expérience et de leur lieux de travail. Les infirmières dispensent des services là où se trouvent les gens : à leur domicile, dans les écoles, sur leurs lieux de travail, dans les prisons, dans les cliniques de santé et de bien-être, et dans d'autres

contextes communautaires, ainsi que dans les hôpitaux et les centres de recherche. Dans presque tous les pays, les infirmières constituent le plus grand groupe de prestataires de soins de santé » (p. 2)(Colloque des CII-CIR, 2008).

Un nouveau lieu de pratique infirmière a vu le jour au Québec en 2002 afin d'accroître l'accessibilité aux clientèles à une prise en charge globale. Ce nouveau lieu de pratique, le GMF, est qualifié de novateur, car il permettra de combiner les expertises de plusieurs professionnels de la santé. Les infirmières cliniciennes en GMF interviennent selon une approche centrée sur la personne qui favorise l'autogestion de sa condition médicale. Ses actions sont plutôt généralistes, c'est-à-dire au niveau de la prévention, la promotion, l'évaluation, le suivi et la coordination des soins. Elle joue également un rôle dans l'accessibilité des soins, sur la gestion et le suivi des plans de soins individualisés en contexte de collaboration interprofessionnelle (médecin, clinique spécialisée, CLSC) (Marie. Dominique Beaulieu, 2012; Durand, 2013). Elles sont donc interpellées à développer des suivis systématiques des clientèles vulnérables, des suivis des MC, des soins de santé en périnatalité, des soins de santé primaires en infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS), des soins à la personne en perte d'autonomie, répondre aux situations d'urgence et crise psychosociale, etc. (Clair, 2000). Au début de l'offre de services, les infirmières avaient un rôle très large et peu défini, c'est pourquoi chaque GMF définissait les rôles et responsabilités en fonction de ses besoins (Marie Dominique Beaulieu et al., 2006; D'Amour et al., 2008).

Les enjeux sont nombreux, les nouvelles lois confirment et renforcent les fonctions de l'infirmière clinicienne en première ligne. Les compétences de cette dernière sont

élargies et reconnues. Les infirmières de première ligne ciblées pour les GMF doivent avoir un bagage important de connaissances pour avoir une autonomie décisionnelle (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2005). Le jugement clinique est une valeur incontournable. De plus, l'acquisition de différentes ordonnances collectives permet à ces infirmières de pouvoir régler certaines situations de soins sans le médecin. Ceci facilite la prise en charge de la personne. Les rôles infirmiers en GMF relèvent d'une étroite collaboration avec le médecin traitant de la personne afin d'optimiser la prise en charge d'une problématique et ainsi accroître l'accessibilité à un professionnel de la santé (D'Amour et al., 2009; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2005). L'infirmière connaît ses ressources et ainsi peut facilement diriger le client vers les cliniques spécialisées ou vers les ressources communautaires. Les consignes de base sont transmises afin d'optimiser la sécurité des clients et ce, en attendant qu'ils aient accès à leur programme d'enseignement propre. Les infirmières de GMF ont un rôle reconnu auprès des personnes atteintes de MC, elles sont au cœur de l'accessibilité des services car elles sont souvent le premier contact avec les personnes atteinte de MC qui consultent, elles sont également le lien entre la première et deuxième lignes. Les rôles des infirmières en GMF sont plutôt généralistes c'est-à-dire qu'ils sont variables et s'adaptent facilement aux besoins de la personne atteinte de MC. Leur expertise est importante de par la collaboration continue avec l'équipe médicale et leur mise à jour continue au niveau des dernières lignes directrices. Les implications dans l'équipe permettent de faire des arrimages au

niveau des services existants tant au niveau du RLS que communautaires pour ainsi donner les services que requiert l'état de santé de la personne atteinte de MC.

### **Rôles des infirmières en maladies chroniques**

Les infirmières ont d'importants rôles à jouer dans la prévention et la prise en charge des MC. C'est pourquoi, dans le cadre de sa mission, de contribuer à la qualité des soins et promouvoir la profession, l'Ordre national des infirmiers de France (Ordre national des infirmiers, 2010) a rendu public une brochure « Maladies chroniques, Expertises infirmière ». Ce document apporte un virage important au niveau de la prise en charge globale des MC complexes et ce, au niveau du savoir infirmier. Les infirmières sont habituellement les premiers points de contact des clients et également les plus stables. Elles sont habituellement les mieux placées pour recueillir les renseignements sur les antécédents familiaux du client ainsi que pour déterminer les facteurs sociaux, culturels et économiques qui peuvent être importants pour l'élaboration d'une intervention. Les infirmières aident le client à élaborer des stratégies de prévention et de motivation au changement des habitudes de vie. Elles leur offrent des outils afin de réaliser les objectifs à atteindre pour obtenir le contrôle optimal de leur problématique de santé.

Les rôles des infirmières spécialisées en MC se distinguent des infirmières en GMF (Lévesque, 2010a). En effet, ces premières ont des liens étroits avec les médecins spécialistes et une collaboration avec les infirmières de GMF pour un suivi médical régulier ou un questionnement sur les antécédents de la personne (Dubé et al., 2012; M. Fortin et al., 2013; Organisation mondiale de la santé, 2003). Ces soins spécialisés sont qualifiés de deuxième ligne (Lapierre & Bouchard, 2002). L'enseignement donné à ce niveau est spécifique et élaboré en fonction de la maladie chronique ciblée. Le suivi du client est en lien avec le programme d'enseignement en cours et pour la période où il est inscrit au

programme d'enseignement. En effet, il y a fermeture de dossier après l'enseignement. Si un problème survient, le client est référé directement aux membres de l'équipe multidisciplinaire spécialisée (Lévesque, 2010a). C'est pourquoi il faut développer des liens étroits entre la première ligne et la deuxième ligne afin d'optimiser la prise en charge et que les infirmières spécialisées puissent transférer adéquatement aux infirmières de GMF les personnes lorsque le suivi en deuxième ligne est terminé (Dubé et al., 2012).

Actuellement, les approches appliquées dans la gestion de MC dans les milieux spécialisés fonctionnent le plus souvent en silo clinique, c'est-à-dire maladie par maladie. Ce fonctionnement s'harmonise avec un système de soins fragmentés qui soulève l'absence de lien de continuité entre la première et la deuxième ligne (Mireau et al., 2011). Le défi actuel est donc d'amener à une gestion adéquate de la morbidité reliée aux MC au niveau populationnel (Shortell et al., 1996). Afin d'obtenir une efficacité dans l'organisation des soins pour améliorer la gestion des MC, le « *Chronic Care Model* » a fait ses preuves. Ce modèle est adopté par l'OMS (Dorr et al., 2006; Mireau et al., 2011; Shigaki, Moore, Wakefield, Campbell, & LeMaster, 2010) ainsi que le MSSS (Dubé et al., 2012). Les grands éléments ressortis de ce modèle sont les suivants (Dorr et al., 2006):

- le client au centre de la démarche;
- le client activement impliqué dans sa condition;
- l'implication de la communauté;
- l'implication du médecin de famille;
- la circulation de l'information clinique.

Les actions découlant de ce modèle ont pour but d'obtenir des intervenants proactifs et organisés qui interagissent avec des clients tout autant informés et au cœur de la démarche (Lévesque, 2007).

Dans le projet PR1MaC, l'intervention proposée par l'infirmière spécialisée a été de nature éducative, centrée sur la personne atteinte de MC et inspirée du modèle déjà existant au CSSS de Chicoutimi soit la Trajectoire des MC. L'intervention pour chaque personne durait trois mois et comportait minimalement trois rencontres incluant selon la volonté de la personne suivie la famille ou d'autres personnes significatives. Les interventions devaient être accessibles dans le dossier médical du GMF afin de partager les informations pertinentes avec les autres intervenants (médecin, infirmières de GMF). Les références aux différents professionnels pouvaient être accessibles par le biais du dossier (M. Fortin et al., 2005).

### **Collaboration intraprofessionnelle / interprofessionnelle / collaboration professionnelle/pratique de collaboration**

Les définitions de la collaboration évoluent à travers le temps. À travers les écrits, il n'existe pas une définition de la collaboration interprofessionnelle qui fait l'unanimité. Par ailleurs, des documents ont été publiés au cours des dernières années qui permettent de structurer les différentes appellations des pratiques collaboratives (Careau, 2013). Certains auteurs signalent que la profession évolue depuis quelques années vers un élargissement du rôle de la pratique infirmière avancée et que plusieurs expériences de collaboration interdisciplinaire dans ce domaine émergent actuellement aux États-Unis comme au Canada. On parle ici des infirmières praticiennes en première ligne ou d'infirmières pivots

(D'Amour et al., 2009). Un enjeu important de cette avancée sera le développement de la collaboration interprofessionnelle (Russell et al., 2009; Watts et al., 2009). L'arrimage des différents éléments du traitement de ce type de client est tributaire du degré d'intégration et de fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire et des modalités de collaboration et de concertation des professionnels (Assemblée nationale, 2002). Leech et al. (2004) complètent cette collaboration en l'a définissant comme un espace commun, un facteur de complémentarité entre des savoirs différents. Chacun accepte de faire un effort hors de son domaine propre et de son propre langage technique pour s'aventurer dans un domaine dont il n'est pas le propriétaire exclusif (Leech, Raizenne, & Gusdorf, 2004). La collaboration professionnelle doit être de nature multi disciplinaire (D'Amour, 1997), ce qui la définit comme « la structure d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance. Cette perspective donne à l'acteur sa liberté d'action tout en prenant en compte les partenaires d'interaction et l'influence des structurations englobantes desquelles il subit les influences constantes. » (p. 10). Le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010) ajoute que la collaboration interprofessionnelle s'appuie sur la compréhension et le respect du champ d'exercice des professionnels, la communication efficace entre les intervenants et sur une définition claire des rôles et responsabilités de chaque intervenant. De manière générale, dans cet énoncé, les intervenants de l'équipe interdisciplinaire devront au niveau de leur rôle et responsabilité, s'assurer de pratiquer à la pleine étendue de leur champ d'exercice et de contribuer de manière efficiente et efficace au suivi des personnes atteintes de MC en fonction de l'expertise propre à chacun (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015).



Le GMF constitue une occasion réelle de concrétiser une pratique professionnelle autonome, interdisciplinaire et complémentaire en vue d'atteindre un double objectif : faciliter l'accès à des services de première ligne de qualité et favoriser une prise en charge plus efficace de certaines clientèles, particulièrement celles qui souffrent de problèmes de santé chroniques (D'Amour et al., 2009; Hagan, Mathieu, Talbot, & Landry, 2006; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2005). D'Amour et ses collaborateurs mentionnent qu'il est essentiel que la philosophie et les pratiques de soins des GMF s'harmonisent avec les principes d'une pratique de collaboration (D'Amour et al., 2008).

Selon l'étude de Beaulieu et al. (2006), deux modèles de pratique de collaboration pour le travail clinique ressortent en fonction des sites des GMF, c'est-à-dire en milieu public ou privé. Le premier est décrit comme une approche globale au niveau des soins continus et des suivis des MC, où l'infirmière est perçue comme partenaire auprès des médecins. Ce modèle s'est révélé important dans les GMF établis au sein de CLSC et dans les unités de médecine familiale (UMF) (Marie Dominique Beaulieu et al., 2006). Le second modèle existe surtout en cabinet privé où les médecins payés à l'acte tendent vers une accélération des consultations afin de voir plus de personnes. Cela peut avoir comme conséquence une sous-utilisation de la compétence infirmière en la réduisant à des actes sommaires et techniques (Marie Dominique Beaulieu et al., 2006).

La collaboration interprofessionnelle est primordiale dans les milieux de première ligne; d'ailleurs, un énoncé de position a été émis par trois ordres professionnels soit l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le Collège des médecins du Québec

(CMQ) et l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) décrivant ces liens optimaux. Ces ordres sont d'avis que : « la collaboration interprofessionnelle et la prise en charge partagée dans un contexte de pratique de collaboration contribuent à assurer la qualité et la sécurité des soins, améliorent l'accès aux soins et services de santé pour la population et facilitent la coordination et la continuité des soins pour la personne (p. 3)(Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015) ».

La définition élaborée par le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé présente bien cette approche. La collaboration interprofessionnelle est décrite comme étant : « Un partenariat entre une équipe de professionnels de la santé et une personne et ses proches dans une approche participative, de collaboration et de coordination, en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux » (p. 4) (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015).

La collaboration intraprofessionnelle, tant qu'à elle, est définie par la pratique de la collaboration qui renforce ce partenariat entre les membres d'une même profession (dans cette étude, ce sont les infirmières de première et deuxième lignes) et constitue « un processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'informations, d'éducation et de prise de décisions. C'est une pratique qui interpelle une équipe clinique engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisés, intégrés et continus... » (p. 5) (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015). La collaboration intraprofessionnelle interpelle tous les liens entre les intervenants d'une même profession à l'intérieur d'une équipe. C'est ce qui a été créé dans le projet PR1MaC,

la proximité des intervenantes infirmières afin de mieux répondre aux besoins spécifiques de la clientèle atteinte de MC.

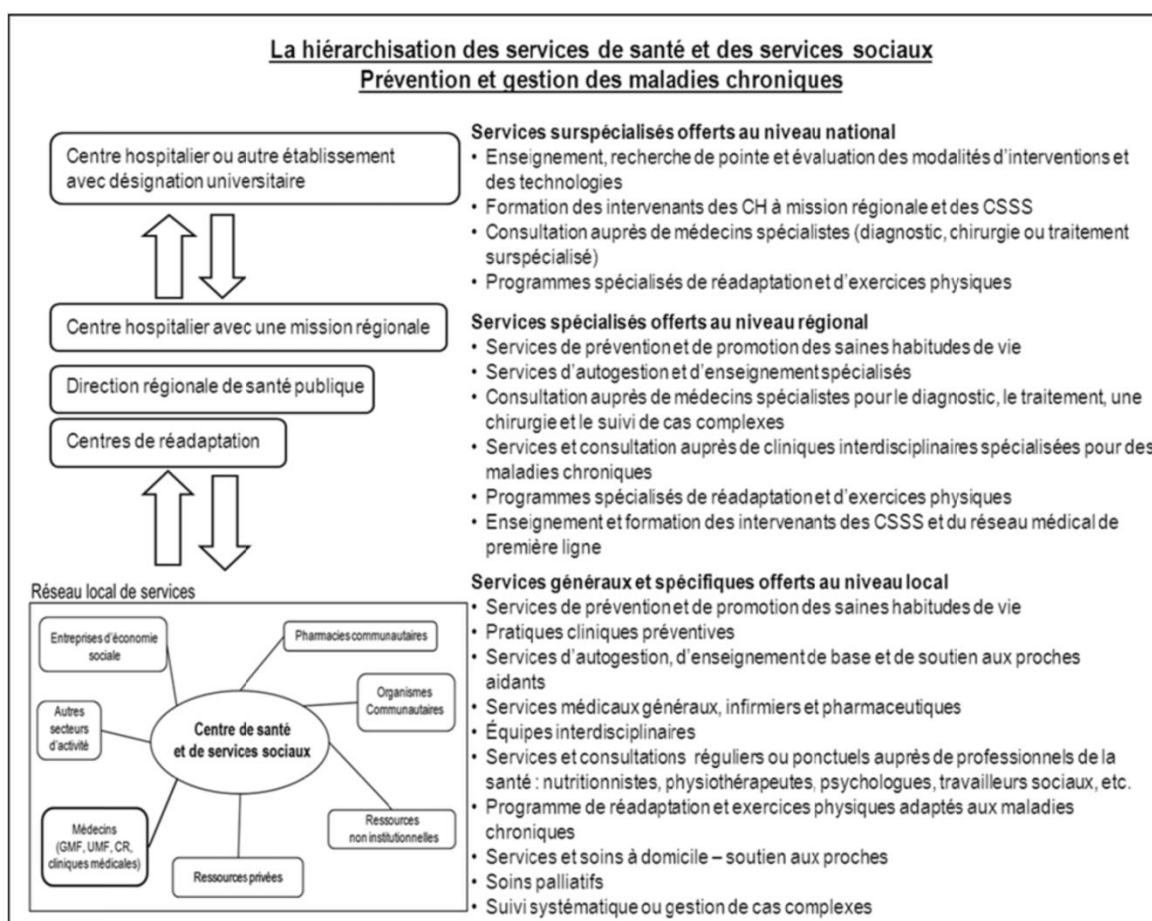
### **Hiérarchisation des soins et services et réseau local de services**

Depuis de nombreuses années, la coordination des soins de la première ligne est discutée par plusieurs auteurs. Une étude menée en 2002 sur la coordination des soins et services notait que la grande majorité des médecins optait pour des rendez-vous de suivi de clientèle, la prise en charge et la prévention plutôt que des problèmes de santé ponctuels et ce, au détriment de l'accessibilité (Roberge et al., 2007). Déjà durant ces années, les résultats ressortent que le rôle d'infirmière en première ligne améliorerait l'accessibilité à des soins de promotion et prévention de la santé et ce, de façon plus étendue. Les GMF consolideraient la continuité des soins et services tout en améliorant l'accessibilité et la coordination des soins (Dubé et al., 2012; Roberge et al., 2007). Le Québec s'est déjà mobilisé par de nombreux changements. La réforme de la santé, la création des RLS, les cliniques réseaux, les GMF et le médecin coordonnateur du guichet d'accès pour les personnes n'ayant pas de médecins de famille sont révélateurs de changements de pratique importante. La responsabilité populationnelle confiée au CSSS en 2003 a également provoqué des changements de pratique. La prise en charge de la clientèle aux prises avec des MC dans un contexte de multimorbidité, est préconisée en leur assurant des services complets et adaptés et ce, afin de maintenir ou d'améliorer le bien-être (Dorr et al., 2006; Dubé et al., 2012; Guthrie et al., 2011). Les services de première et deuxième lignes dans le RLS sont à la base des actions à déployer pour parvenir à une gestion adéquate des MC

(Dubé et al., 2012). Le réseau doit être repensé afin que les services se donnent au bon moment par le bon intervenant et ce dans un délai raisonnable.

Avec l'accroissement des MC, le défi se situe à ce que la continuité des soins et services se fasse harmonieusement et à travers toutes les lignes de services. Les liens entre la première, la deuxième et même la troisième lignes se doivent d'être harmonisés afin d'optimiser la prise en charge des personnes. Un partage clair des responsabilités entre les diverses lignes de services ainsi qu'une différenciation claire des rôles des infirmières en première ligne versus les infirmières spécialisées en MC sont primordiaux. L'expertise des intervenants spécialisés est cruciale, c'est pourquoi il faut trouver une façon d'appuyer la première ligne (Dubé et al., 2012). Le développement de mécanismes de référence formels ainsi que des liens de communication rigoureux et efficaces seraient essentiels afin de diriger la personne vers les services adéquats. La littérature est claire, il faut accompagner les personnes dans l'autogestion de leur maladie afin de leur soumettre les outils nécessaires afin d'optimiser la prise en charge de leur santé (M. Fortin et al., 2013). C'est d'ailleurs en faisant une évaluation complète des besoins de la personne que les infirmières réussissent à faire changer certains comportements de santé qui leur permettront de diminuer les facteurs d'aggravation de leur maladie (Marie Dominique Beaulieu et al., 2006). Celle-ci accompagne la personne en entretenant leur motivation à changer d'habitudes de vie et ce, à partir des besoins que celle-ci manifeste. La Figure 1 présente les différentes trajectoires de services ainsi que la hiérarchisation des soins et services afin de favoriser la prise en charge des personnes atteintes de MC.

Figure 1 : La hiérarchisation des services de santé et des services sociaux

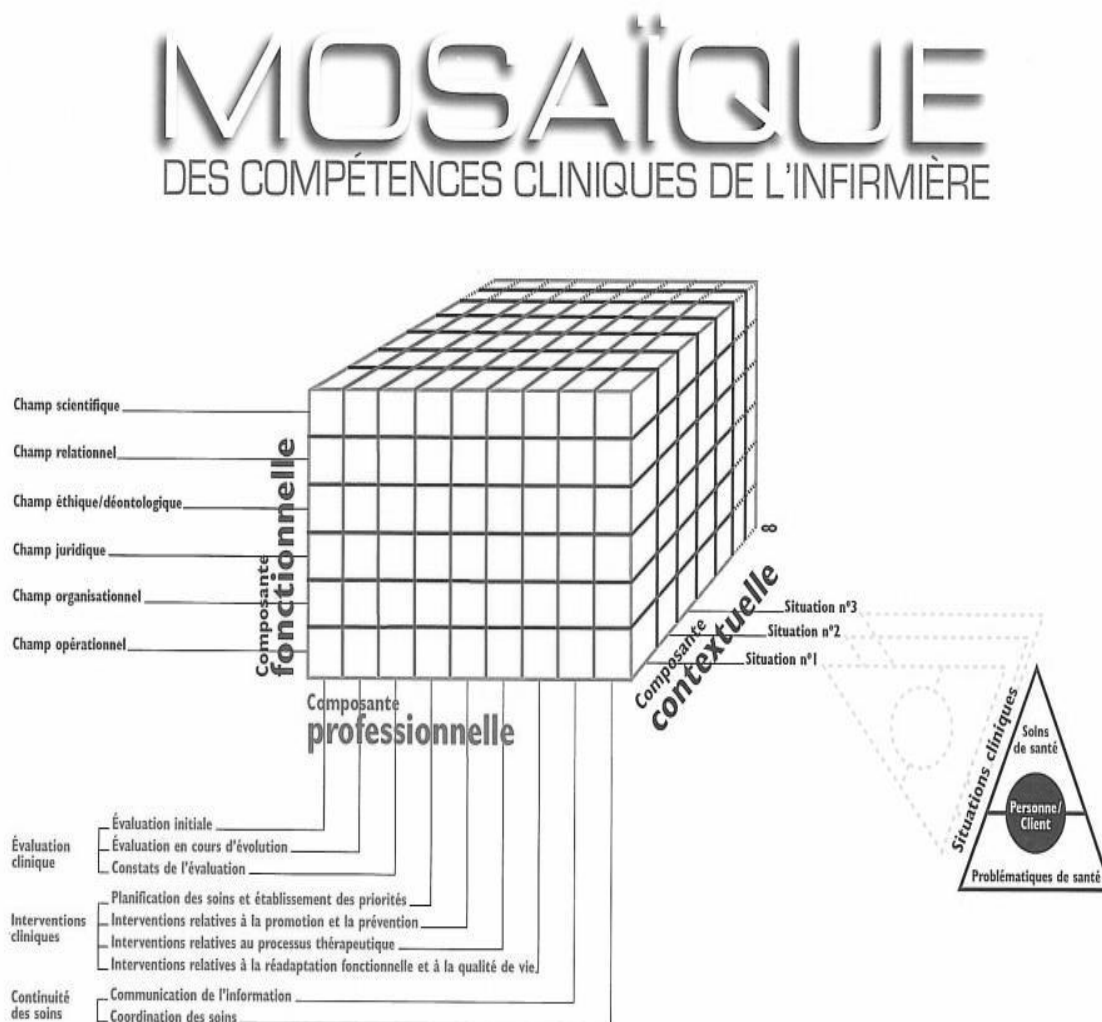


(Dubé et al., 2012)

### **Cadre de référence**

Plusieurs auteurs définissent les compétences comme la capacité à performer en utilisant toutes les ressources disponibles et en s'adaptant aux différents contextes (D'Amour et al., 2009; Leprohon & Bellavance, 2009). En soins infirmiers, la notion des compétences a beaucoup évolué au fil du temps. La compétence d'un professionnel est un ensemble de tous les savoirs théoriques, procéduraux, pratiques et des ressources externes. Le professionnel doit combiner tous ses savoirs à la situation professionnelle, montrant de réelles performances entre les résultats attendus et les résultats obtenus et porter un regard réflexif sur la problématique de soins (Ruffin, 2007). C'est pourquoi l'OIIQ a présenté une Mosaïque des compétences cliniques pour les infirmières qui constitue un référentiel des compétences qui peut être utilisé peu importe le stade de développement professionnel (Leprohon & Bellavance, 2009). Cette mosaïque se veut un outil qui s'adapte pour tous les milieux de pratique. Elle a été adaptée selon les nouvelles dispositions de la Loi sur les infirmières et infirmiers et les normes professionnelles par la pratique infirmière au Québec (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007). La Figure 2 explique les rôles et compétences de l'infirmières telle que stipulé par l'OIIQ.

Figure 2 : Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière



(Leprohon &amp; Bellavance, 2009)

Le concept de la Mosaïque permet de modéliser la globalité de la compétence requise pour exercer la profession infirmière au Québec. Elle est représentée par un cube et comporte trois axes qui correspondent à trois composantes. La première est la composante fonctionnelle (différents savoirs), la deuxième se nomme la composante professionnelle (évaluation clinique, interventions cliniques, continuité des soins) et la dernière est la composante contextuelle (intervention adaptée à chaque situation et à chaque personne) (Leprohon & Bellavance, 2009). Ces composantes sont les assises de la profession infirmière et ont été utilisées dans l'élaboration du guide d'entrevue ainsi que dans l'analyse des entrevues de la présente étude. Au niveau de l'analyse des entrevues, la composante professionnelle est illustrée par les différents rôles des infirmières soit : évaluation initiale, évaluation continue, planification des soins et établissement des priorités, promotion de la santé et prévention, communication interprofessionnelle et la coordination des soins afin d'associer les extraits d'entrevues et de faciliter l'émergence des catégories.

Cette revue littéraire a permis de dégager un certain nombre de points importants concernant les soins et services en première et deuxième lignes et plus particulièrement sur les rôles des infirmières dans ces services et l'importance de délimiter les rôles de chacune afin d'optimiser la prise en charge adéquate des personnes avec MC. Les GMF permettent une valeur ajoutée à la clientèle et c'est pourquoi il est essentiel d'uniformiser les pratiques entre les différentes trajectoires de services et de donner une occasion unique de changer les pratiques actuelles. Il est complexe d'obtenir un changement de pratique dans une



organisation, il faut monopoliser tous les acteurs en les interpellant dans la démarche. Un enjeu important est la reconnaissance de l'expertise et l'établissement de liens de collaboration entre les différents intervenants (entre la première et la deuxième ligne). C'est pourquoi, il faut établir des proximités au niveau des liens entre les intervenants afin d'aboutir à de nouveaux consensus. Ces nouvelles relations de confiance s'effectuent dans un processus évolutif d'apprentissage qui nécessite du temps et un partage des connaissances réciproques (Lajeunesse, 2009). Pour qu'un changement apparaisse, il faut qu'il y ait un espace où il puisse se déployer; qu'il soit encouragé par des organisations positives et surtout qu'il soit perçu comme un changement avant-gardiste par les acteurs concernés et qu'ils y voient un bénéfice pour la prise en charge des personnes. Ce changement ne doit pas seulement être imposé par l'organisation, mais il faut que les personnes y voient du leadership et une pertinence à vouloir s'investir dans le processus (Contandriopoulos, 1990).

Les soins infirmiers en première ligne sont méconnus et cela amène un risque de duplication des rôles qui est non souhaitable dans notre contexte actuel d'organisation des suivis, il ressort dans la littérature qu'il faut éclaircir les rôles de chaque intervenant qui œuvre auprès de personnes atteintes de MC afin d'optimiser les services. Les rôles des infirmières de GMF doivent être plus clairs afin d'établir des collaborations avec les trajectoires spécialisées et ainsi pouvoir assurer une continuité des soins adéquate et adaptée pour chaque personne. C'est pourquoi, cette étude vise essentiellement à répondre à quatre questions de recherche :

- 1) Quelles sont les rôles respectifs des infirmières de GMF et celles des services spécialisés en MC qui ont été déployées dans le cadre d'un projet d'intégration des services spécialisés en MC dans des milieux de première ligne?
- 2) Quels ont été les impacts perçus du projet PR1MaC par les infirmières de GMF au niveau de leurs rôles ?
- 3) Dans le contexte de réorganisation des services, quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la collaboration intraprofessionnelle?
- 4) Quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la coordination et de la communication de l'information afin d'assurer la continuité des services?

## CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

Cette étude vise à explorer et décrire un phénomène complexe. En effet, la description des différents rôles des infirmières de première ligne et celles spécialisées dépend d'un ensemble de facteurs qui s'influencent les uns et les autres. Il faut donc aborder le phénomène en profondeur et en laissant place à l'émergence des données (F. Fortin & Gagnon, 2010; Yin, 2003).

Le présent chapitre présente le devis de recherche utilisé, les milieux de l'étude, la population et l'échantillon à l'étude. Les définitions opérationnelles des variables y sont ensuite expliquées ainsi que les outils et le déroulement de la collecte des données. Les critères de rigueur scientifiques, le plan d'analyse et les considérations éthiques sont également abordés.

### **Devis de recherche**

Un devis qualitatif avec étude de cas multiples à plusieurs niveaux d'analyse imbriqués a été retenu afin de répondre aux questions de recherches énumérées au chapitre précédent. L'étude de cas multiples s'inscrit dans le contexte quotidien des participants afin de se baser sur leur perspective et d'interpréter le plus fidèlement possible la réalité telle que perçue par les participants (F. Fortin & Gagnon, 2010; Holloway & Wheeler, 2013; Pelletier, 2008). L'étude de cas consiste en l'exploration détaillée et complète d'une entité. Dans cette étude, deux niveaux d'analyse ont été utilisés. Au premier niveau, les entités sont chaque GMF (4) à l'intérieur desquels les services du projet PR1MaC ont été déployés. Le deuxième niveau d'analyse se situe à l'intérieur des RLS des deux territoires soit Chicoutimi et Jonquière, à l'intérieur desquels deux GMF par territoire ont été analysés. En faisant l'exploration détaillée des entités (Y.-C. Gagnon, 2012), cela interprète

fidèlement la réalité telle que perçue par elles et ainsi pouvoir expliquer en profondeur le phénomène.

Le présent projet s'inscrit dans un projet de recherche plus vaste qui est l'étude PR1MaC. Une analyse secondaire des données a été effectuée pour ce projet de maîtrise. Les guides d'entrevue pour les infirmières de chaque catégorie ont été créés par l'étudiante chercheuse et ses directrices. Le contexte de l'étude PR1MaC a été utilisé pour l'exploration des rôles et de la collaboration intraprofessionnelle et les données primaires issues des guides d'entrevue des différents types d'infirmières (première ligne et deuxième ligne) et des autres répondants ont été analysées en fonction de questions de recherche de l'étudiante chercheuse.

### **Milieux de l'étude**

Cette étude s'est déroulée dans le cadre du projet PR1MaC, en déploiement au Saguenay-Lac-Saint-Jean de décembre 2011 à décembre 2012. Le milieu de l'étude se compose de quatre GMF qui ont participé au projet PR1MaC. Un des quatre GMF fait partie du secteur publique (GMF-UMF) et les trois autres sont privés. De plus, ils font partie de deux CSSS et RLS distincts, soit dans le territoire de Chicoutimi et dans celui de Jonquière. Chaque GMF constitue donc une entité distincte au premier niveau d'analyse, et chaque territoire, un deuxième niveau d'analyse, dans l'étude de cas envisagée.

### **Population et échantillon**

La population cible est toutes les infirmières œuvrant en MC. L'échantillon est constitué des infirmières des GMF et celles œuvrant en services spécialisés dans le contexte

de déploiement de services dans le cadre du projet PR1MaC au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Les gestionnaires de première et deuxième lignes de chaque territoire ainsi que la coordonnatrice du projet PR1MaC ont également fait partie de l'échantillon.

L'échantillonnage s'est fait par choix raisonné (*purposive sample*) (F. Fortin & Gagnon, 2010; Holloway & Wheeler, 2013). Cette méthode d'échantillonnage non probabiliste signifie que les sujets ont été sélectionnés sur la base de critères bien précis, c'est-à-dire que les sujets ont été choisis délibérément par le chercheur (F. Fortin & Gagnon, 2010). Le recrutement des infirmières en GMF s'est fait selon la participation du GMF au projet de recherche PR1MaC, car celles-ci étaient déjà en poste et avaient passé par les étapes d'embauche habituelles (test écrit et entrevue). Tandis que les deux infirmières déployées pour les services spécialisées ont dû passer à travers le processus de sélection (test écrit et entrevue). Au préalable, les informations ont été communiquées par contact téléphonique aux responsables des GMF afin qu'ils informent les infirmières sur le projet. Outre l'intérêt à vouloir participer à l'étude, les critères d'inclusion ont été les suivants : les infirmières faisant partie d'un GMF participant à l'étude PR1MaC et les deux infirmières déployées dans le cadre de ce projet. Les professionnelles remplaçantes et celles n'ayant pas vécu le déploiement du projet PR1MaC ont été exclues. Chaque GMF compte habituellement deux infirmières (Ministère de la Santé et des services sociaux, 2002), donc sept infirmières de GMF ont fait partie de l'étude. Les gestionnaires en première et deuxième lignes en place sur chaque territoire ont été rencontrés en entrevue. La coordonnatrice clinique du projet PR1MaC qui a vécu l'implantation a également été recrutée dans la présente étude.

### **Définitions des concepts explorés**

Ce mémoire s'intéresse aux concepts suivants : maladie chronique, rôles des infirmières, services de première ligne, groupe de médecine de famille, services spécialisés, collaboration interprofessionnelle et intraprofessionnelle (pratique de collaboration). Ceux-ci sont définis dans les paragraphes qui suivent.

#### **Maladie chronique**

Les MC retenues ont été celles ciblées par le projet PR1MaC. Les MC ciblées par le projet PR1MaC sont les suivantes : les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'asthme et la dyslipidémie (M. Fortin et al., 2013). Les facteurs de risque associés sont les suivants : l'embonpoint, la sédentarité et le tabagisme (M. Fortin et al., 2013).

#### **Rôles des infirmières**

Ce sont les compétences qui amènent un bon jugement infirmier et qui amènent vers l'autonomie professionnelle (Mercier, 2007). La définition opérationnelle retenue se concrétise à partir de la Mosaïque des compétences (Leprohon & Bellavance, 2009) lors de l'élaboration des guides d'entrevue et de l'analyse des données.

#### **Services de première ligne**

« Porte d'entrée du système de santé, les services de première ligne sont le point de contact de la population avec le réseau. Ils comprennent un ensemble de services courants,

médicaux et sociaux » (Clair, 2000). Pour la présente étude, la définition opérationnelle est d'être un GMF.

### **Groupes de médecine de famille (GMF)**

Ce sont des cliniques regroupant des médecins et des infirmières cliniciennes qui travaillent ensemble afin d'augmenter l'accessibilité aux soins. Les mandats de ces GMF comprennent la prise en charge des MC en prenant en charge la clientèle (Clair, 2000).

### **Services spécialisés**

Les services de deuxième ligne répondent aux problèmes qui demandent un examen approfondi, un traitement ou un service spécialisé. Les soins nécessaires sont plus complexes; ils requièrent une équipe de spécialistes. Dans cette étude, les services spécialisés sont opérationnalisés par les services déployés par le projet PR1MaC qui se sont inspirés de l'offre de services de la Trajectoire des MC du Saguenay-Lac-Saint-Jean (M. Fortin et al., 2013; Lapierre & Bouchard, 2002).

### **Collaboration interprofessionnelle (pratique de collaboration)**

Les pratiques collaboratives ou la collaboration interprofessionnelle se définit par le partenariat entre une équipe de professionnelle de la santé ainsi que la personne et ses proches dans une approche participative. L'approche est centrée sur la personne atteinte de MC et sur le partage des expertises professionnelles (Office des professions du Québec,



2013). Au cours de cette étude, l'opérationnalisation s'est effectuée entre les divers intervenants faisant parti du projet PR1MaC.

### **Collaboration intraprofessionnelle**

La collaboration intraprofessionnelle interpelle les intervenants de même profession qui doit intervenir à différent niveau de services. La prise de décision et les objectifs sont fixés et déterminés de façon consensuelle (Edwin, 2010). Dans cette étude, l'opérationnalisation de la collaboration intraprofessionnelle des infirmières s'est effectuée en lien aux infirmières de première ligne (GMF) et de deuxième ligne (infirmières spécialisées) dans le cadre du projet PR1MaC.

### **Outils de collecte de données**

La collecte des données s'est faite en première instance, après l'implantation du projet, par des entrevues individuelles au niveau de chaque entité (études de cas) soit les infirmières des quatre GMF et les deux infirmières en services spécialisées. Deux guides furent élaborés afin de permettre l'exposition des visions des infirmières de GMF (voir appendice A) et des infirmières spécialisées (voir appendice B) à partir du cadre de référence qui a été la Mosaïque des compétences, publiée par l'OIIQ en 2009 (Leprohon & Bellavance, 2009). Des questions ouvertes ont permis de valider et de connaître la perception du rôle infirmier en GMF et en services spécialisés (première et deuxième lignes). Deux autres guides d'entrevue ont été réalisés de la même manière pour les gestionnaires de GMF (voir les questions en lien avec ce projet à l'appendice 3) et la

coordonnatrice du projet PR1MaC (voir appendice 4). Les guides d'entrevue ont été validés par les directrices du mémoire de l'étudiante.

Ces entrevues individuelles semi-dirigées ont été effectuées par un intervieweur neutre, c'est-à-dire un professionnel de recherche avec de l'expérience en entrevues qualitatives qui était à l'emploi pour le projet PR1MaC, avec les guides d'entrevue. Elles ont eu une durée de 60 à 90 minutes et ont été enregistrées par système audio, puis transcrites dans le logiciel Word et importées dans le logiciel d'analyse qualitative NVivo 10. Ces entrevues ont permis de circonscrire le phénomène d'étude pour faciliter le processus d'analyse et ainsi augmenter la validité des résultats (F. Fortin & Gagnon, 2010). Les variables sociodémographiques des infirmières telles que l'âge, la formation et les années d'expérience ont été recueillies par questionnaire écrit auto-administré.

### **Déroulement de la collecte des données**

Le déroulement des activités a débuté en 2011, lors de l'acceptation du PR1MaC par le comité d'éthique des CSSS de Chicoutimi et de Jonquière. Les gestionnaires et médecins responsables des GMF ont été approchés afin de leur exposer le projet et valider la pertinence pour leur milieu. Le déploiement des infirmières en services spécialisés a donc débuté pour une durée d'un an soit jusqu'en novembre 2012. Les entrevues individuelles ont été faites en décembre 2012, dans les locaux de recherche en première ligne de l'UMF-GMF du CSSS de Chicoutimi, pour chaque participant avec le guide d'entrevue respectif (soit infirmière de GMF, infirmières en services spécialisés,

gestionnaires et coordonnatrice). Le questionnaire de données sociodémographiques a été administré à la même occasion par le professionnel de recherche.

### **Critères de rigueur scientifique**

Les critères de rigueur scientifique ont été vérifiés par la crédibilité (validité interne), la transférabilité (validité externe), la fiabilité (fidélité) et la confirmabilité (objectivité) (F. Fortin & Gagnon, 2010). Ces critères de rigueur méthodologique conviennent mieux aux études qualitatives. La crédibilité est nécessaire à l'évaluation de la qualité des données. Elle correspond à la confiance dans la véracité des données et dans l'interprétation que le chercheur en donne. Les rencontres régulières de l'étudiante avec les directrices du mémoire lors du processus d'analyse ainsi que la triangulation des professions (médecin, infirmières) lors de l'élaboration des guides d'entrevue ont assuré ce critère. La transférabilité a été assurée en fournissant suffisamment de données descriptives concernant les participantes et les GMF afin de pouvoir porter un jugement sur l'application à d'autres milieux. Les descriptions ont été denses et détaillées et des notes réflexives ont permis de s'en assurer. La fiabilité se réfère à un ensemble de mécanismes permettant dans des conditions similaires de reproduire les résultats de la recherche. Il a fallu s'assurer qu'il y ait cohérence entre les questions de départ, le déroulement de l'étude et les résultats. L'analyse des données a défini les concepts, les construits et les unités d'analyse de l'étude. Des arbres décisionnels ont été utilisés pour l'analyse et ce, en étroite collaboration avec les directrices du mémoire. La confirmabilité a été assurée par des données objectives. La rigueur et la cohérence dans l'analyse des résultats pourraient aider

un autre chercheur à suivre la démarche. Afin d'assurer ce critère, les guides d'entrevue ont été élaborés à partir du cadre de référence, soit la Mosaique des compétences et la triangulation des professions (perspective médicale, infirmière, gestionnaire et coordonnatrice) afin d'assurer la cohérence des résultats.

### **Considérations éthiques**

Cette étude s'inscrit dans un projet de plus grande envergure, soit le projet PR1MaC, qui a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi (CSSS) pour le CSSS de Chicoutimi (voir appendice F) et pour le CSSS de Jonquière (voir appendice G) en 2010 ainsi que par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi (voir appendice H). Les principes directeurs établis dans l'Énoncé de politique des trois Conseils (EPTC) ont été respectés et ce, tout au long de l'étude (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 2010). Le respect des personnes et la préoccupation pour le bien-être et la justice sont des principes complémentaires et interdépendants qui ont été assurés tout au long du projet. Il est à noter que toutes les participantes ont signé un formulaire de consentement, après avoir reçu l'information requise et que le droit de se retirer en tout temps leur a été expliqué. La transcription des données a été faite de façon anonyme, les documents seront conservés durant sept ans sous clé et des mesures ont été prises afin que la présentation des résultats ne permette pas aux lecteurs de reconnaître les participantes.

### **Analyse des données**

Les entrevues ont été enregistrées et transcrites intégralement. Les documents ont été classés en respectant la confidentialité des participantes. Un arbre sur les rôles des infirmières a été codé dans le logiciel NVivo 10. Ces codes de départ ont été utilisés dans l'analyse de l'ensemble des entrevues effectuées auprès des infirmières afin de pouvoir exécuter une analyse du contenu et explorer les phénomènes des rôles infirmiers déployés et de la collaboration intra professionnelle. La grille d'analyse a d'abord été constituée à partir des catégories déjà identifiées dans la Mosaïque des compétences (Leprohon & Bellavance, 2009) en restant toujours à l'affût des nouvelles catégories émergentes. Les données ont été analysées de façon à pouvoir faire émerger toutes les tendances qu'elles reflètent (Y.-C. Gagnon, 2012) dans chaque GMF (cas), puis globalement. À partir de ces tendances, il est possible de construire une chaîne logique d'indices et de preuves qui appuient la problématique (Miles & Huberman, 2003). L'analyse a été faite en collaboration avec les directrices afin de pouvoir vérifier si l'étude est bien reproductible. Enfin une des directrices a lu complètement les codifications afin de valider si celles-ci reflètent bien la réalité et la seconde directrice a lu partiellement l'analyse des résultats et a émis ses commentaires.

## CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

Visant à bien comprendre les rôles et la collaboration des infirmières en première et deuxième lignes, ce projet a été fait dans le cadre du déploiement d'une recherche de grande envergure au Saguenay-Lac-Saint-Jean, le projet PR1MaC. Sept infirmières en première ligne, deux en deuxième ligne, quatre gestionnaires en services spécialisés (deuxième ligne), deux gestionnaires en première ligne et une coordonnatrice clinique ont été rencontrés pour la collecte des données.

Le quatrième chapitre présente succinctement les quatre GMF à l'étude et décrit les résultats. Ainsi, la description de l'échantillon et le contexte général de l'étude sont présentés et les variables sociodémographiques des participantes sont décrites. Par la suite, l'analyse s'est effectuée en répondant aux quatre questions initiales qui étaient : 1) Quelles sont les rôles respectifs des infirmières de GMF et celles des services spécialisés en MC? 2) Quels ont été les impacts perçus du projet PR1MaC par les infirmières de GMF au niveau de leurs rôles? 3) Dans le contexte de réorganisation des services, quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la collaboration intraprofessionnelle? 4) Quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la communication de l'information et la coordination des soins pour ainsi assurer la continuité des services?

Le cadre théorique sera défini à la lumière des constats de rôles obtenu dans les résultats, c'est-à-dire qu'ils seront définis selon la Mosaïque des compétences, au niveau de la composante professionnelle soit :

- Évaluation initiale
- Évaluation continue
- Planification des soins et établissement des priorités

- Promotion de la santé et prévention
- Communication interprofessionnelle
- Coordination des soins

Les références de la composante professionnelle de la Mosaïque des compétences, énumérées ci-haut, sont annotées suite aux transcriptions des entrevues des participants, tel que décrite précédemment, afin de bien préciser la pertinence du cadre théorique utilisé.

### **Description de l'échantillon**

Il y a eu quatre GMF participant soit deux à Chicoutimi et deux à Jonquière qui sont reliés à deux CSSS et territoires différents. Sept infirmières cliniciennes (n = 7) en première ligne (GMF) et deux infirmières cliniciennes (n = 2) en deuxième ligne (services spécialisés offerts par le projet PR1MaC) ont été interrogées à la phase de post-implantation du projet par des entrevues individuelles semi-dirigées. Les gestionnaires de première (n = 2) et deuxième ligne (n = 4) ont été également interrogés également par entrevue individuelles. Le Tableau 1 représente la constitution de l'échantillon.



Tableau 1 : Constitution de l'échantillon (n=16)

<i>Infirmières cliniciennes GMF</i>	<i>Infirmières cliniciennes PR1MaC</i>	<i>Gestionnaires première ligne</i>	<i>Gestionnaires deuxième ligne</i>	<i>Coordonnatrice PR1MaC Chicoutimi/Jonquière</i>
n = 7	n = 2	n = 2	n = 4	n = 1

## **Contexte général**

Deux CSSS ont été impliqués dans l'étude soit celui de Chicoutimi et celui de Jonquière. Deux GMF par CSSS ont participé et ils se distinguent par des missions différentes qui seront précisées dans les résultats ci bas.

Dans le projet de recherche PR1MaC, les deux infirmières cliniciennes spécialisées (deuxième ligne) ont travaillé dans les milieux de première ligne, soit les GMF (première ligne) sur chaque territoire c'est-à-dire la même infirmière pour chaque territoire. L'infirmière spécialisée (deuxième ligne) rencontrait chaque GMF (2) sur les territoires de Chicoutimi et Jonquière. Actuellement, les services de deuxième ligne sont d'ordre régional et sont offerts par la trajectoire des MC, principalement au CSSS de Chicoutimi. Ces services sont accessibles seulement par références médicales, donc les services sont souvent peu connus ou peu accessibles pour certaines clientèles qui n'ont pas de suivi médical. Ainsi, certaines clientèles comme celles présentant seulement des facteurs de risque des MC, n'ont pas accès aux professionnels et aux enseignements spécifiques offerts par les services spécialisés pour pouvoir optimiser l'autogestion de leur santé. Les entités de ce projet (Y. C. Gagnon, 2012) sont représentées par les quatre GMF.

### **Description des entités au premier niveau d'analyse pour le premier territoire**

#### **Premier cas du premier territoire (Chicoutimi)**

**Contexte.** Ce milieu se situe dans le territoire de Chicoutimi. Cette clinique médicale est de type privé depuis 1974 et GMF depuis 2004. Il est situé à l'extérieur du CSSS, mais à moins de 2 kilomètres de celui-ci. Il est situé dans un quartier plutôt défavorisé de la ville et compte 8243 membres inscrits. Onze médecins en font partie, deux

infirmières cliniciennes GMF à temps complet et six secrétaires. Dans l'étude PR1MaC, les deux infirmières cliniciennes GMF ont été interrogées dans ce milieu.

**Question 1.** *Quels sont les rôles respectifs des infirmières de GMF et celles des services spécialisés en MC?* Selon les descriptions obtenues, les rôles des infirmières cliniciennes de ce GMF sont beaucoup axés sur l'enseignement et le suivi de personnes atteintes de MC [Promotion de la santé et prévention, évaluation clinique : rôle de suivi]. « *Bien nous autres, c'est beaucoup enseignement, suivis aussi. Nous autres, on fait les suivis des patients* » [Infirmière de GMF] [Promotion de la santé et prévention, évaluation clinique : rôle de suivi]. « *C'est sûr, oui des fois ils [en parlant des infirmières PR1MaC] les voyaient, mais nous autres, il faut continuer l'assurance du suivi après, la collaboration aussi... le suivi avec le médecin* » [Infirmière de GMF] [Coordination des soins ; communication interprofessionnelle].

La continuité des soins est assurée par l'infirmière du GMF qui voit à ce que la personne reçoive l'enseignement adapté à sa condition de santé [Évaluation continue ; coordination des soins et communication de l'information]: « *La prise en charge va se continuer là, alors elle a fait son travail* [en parlant de l'infirmière PR1MaC], *moi je vais continuer le mien* » [Infirmière de GMF] [Évaluation continue : coordination des soins]. Les infirmières de ce GMF se voient comme des généralistes au niveau du suivi des personnes mais avec un rôle de pivot au niveau de la coordination des services [Coordination des soins]. : « *Si c'est pas assez ou si elle a besoin de plus* [en parlant de la personne avec MC suivie], *elle a besoin de soins à domicile, n'importe quoi, bien là c'est*

*nous autres, on va référer au niveau du SAD, au niveau de l'infirmière du CLSC... »*

[Infirmière de GMF] [Coordination des soins].

L'infirmière PR1MaC a été perçue comme une spécialiste qui apportait des compléments d'intervention [Évaluation en cours d'évaluation ; planification des soins et établissement des priorités] à l'infirmière de GMF : « *Complément, exactement. Pas faire à notre place, c'est un complément* » [Infirmière de GMF]. Il a été reconnu qu'elle réalisait une collecte de données plus exhaustive, on parle d'évaluation initiale selon la mosaïque des compétences, qui appuyait les références aux professionnels faisant partie de l'équipe PR1MaC (kinésologue, nutritionniste...) : « *Elle [en parlant de l'infirmière PR1MaC] faisait une bonne collecte de données, savoir par où on va aller : un enseignement cholestérol, enseignement diabète ou les deux, on va tu aller à l'exercice.* » [Infirmière de GMF] [Évaluation initiale ; planification des soins et établissement des priorités]. Il a été décrit que l'infirmière PR1MaC apporte une certaine expertise au niveau de l'enseignement que la personne atteinte de MC requiert. Selon les entrevues des infirmières de GMF, les infirmières PR1MaC faisaient un enseignement plus complet et optimisaient la prise en charge des personnes atteintes de MC. Selon la Mosaïque des compétences, c'est une description d'interventions cliniques qui étaient relatives à la promotion et la prévention de la santé : « *Je trouvais que c'était plus complet au niveau de nos patients là, ils avaient plus reçu un enseignement complet.* » [Infirmière de GMF] [Promotion de la santé et prévention].

Le fait de faire de la prévention par les infirmières de GMF et par celles de PR1MaC a été décrit comme bénéfique pour les personnes atteintes de MC car le

changement d'habitude de vie est difficile et ce malgré les recommandations : « *C'est jamais trop quand on est atteint d'une maladie chronique surtout, le changement des habitudes de vie, je pense que c'est ce qui est de plus important et connaître aussi la maladie.* » [Infirmière de GMF] [Promotion de la santé et prévention].

Le rôle des deux catégories d'infirmières est néanmoins perçu de façon égalitaire en ce qui a trait au niveau de connaissances et de suivi au niveau de la personne atteinte de MC [Évaluation clinique ; interventions cliniques]: « *Au niveau du suivi en tant que tel de tel patient, on est deux infirmières, je pense qu'on travaille dans le même sens, on a les mêmes objectifs au niveau du diabète.* » [Infirmière de GMF]. Il n'y a pas de niveau de spécialisation supérieure reconnu pour l'infirmière PR1MaC mais plutôt de complément d'intervention et de poursuite d'objectifs communs pour l'avancement des connaissances de la personne [Planification des soins et établissement des priorités ; interventions relatives à la réadaptation]: « *La prise en charge va se continuer là alors elle [en parlant de l'infirmière PR1MaC] a fait son travail, moi je vais continuer le mien. Je pense qu'on est pas mal au même pied d'égalité* » [Infirmière de GMF] [Évaluation en cours d'évolution : constat d'évaluation : coordination des soins]. Le niveau d'interventions cliniques étaient équivalentes et ce dans toute les sphères d'intervention que décrit le cadre théorique [Interventions cliniques].

**Question 2.** *Quels ont été les impacts perçus du projet PR1MaC par les infirmières de GMF au niveau de leurs rôles ?* Au niveau du travail pratique des infirmières de GMF, le fait d'avoir des ressources supplémentaires dans la clinique allégeait leurs tâches quotidiennes : « *Bien nous autres, ça nous allégeait tout simplement là.* » [Infirmière de

GMF] [Coordination des soins]. Les infirmières de ce GMF ont reconnu que les MC nécessitent un amalgame d'intervenants afin de s'appuyer sur les compétences de chacun, d'augmenter la collaboration interprofessionnelle et ainsi pouvoir obtenir des résultats intéressants [Interventions relatives au processus thérapeutique ; coordination des soins, communication de l'information]: « *Les maladies chroniques, c'est lourd dans le sens qu'on a beaucoup de suivis ici, alors c'est quelque chose qui nous aidait beaucoup pour nous libérer pour passer à autre chose, voir autre chose, voir d'autres patients.* » par exemple des suivis de grossesses, des enfants... [Infirmière de GMF]. D'avoir un supplément de ressources infirmières, cela a favorisé la continuité des soins des personnes atteinte de MC [Continuité des soins].

Un autre impact positif a été le fait de travailler sur les facteurs de risque, la prévention faisant partie intégrante du travail des infirmières de GMF [Interventions relatives à la promotion et prévention]:

*Bien ça fait partie de notre pratique de façon régulière là, par contre quand le projet nous avait été présenté, c'était quelque chose qui nous avait un petit peu allumé positivement là, c'était un gros volet prévention. Surtout de travailler sur les facteurs de risque, ça c'est quelque chose qui a été très apprécié en partant là. Ça nous ramène oui à ça effectivement dans notre pratique, la promotion, la prévention de la santé.* [Infirmière de GMF] [Promotion de la santé et prévention].

**Question 3.** *Dans le contexte de réorganisation des services, quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la collaboration intraprofessionnelle?*

Dans les deux entrevues des infirmières de ce GMF, la collaboration intraprofessionnelle entre les intervenants a été peu optimale malgré la proximité des intervenants. Cette proximité des infirmières de première et deuxième lignes aurait dû favoriser la continuité

des soins [Communication de l'information ; coordination des soins]. Mais la communication des informations ainsi que la coordination des soins n'ont pas été décrites dans les résultats.

**Question 4.** *Quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la coordination et de la communication de l'information afin d'assurer la continuité des services?* Lorsqu'une personne faisait partie du projet PR1MaC, elle était prise en charge par l'équipe d'intervenants pertinents à ses problèmes de santé et par la suite un rapport écrit était consigné au dossier afin d'assurer la continuité des soins. Ce rapport complet était disponible dans le dossier du client, mais selon les infirmières de ce GMF, l'information était volumineuse et il était difficile d'accéder aux points importants :

*« C'est super clair, c'est super sauf que c'est gros à lire là. Des fois, elle [en parlant de l'infirmière PR1MaC] mettait des petites flèches pour ce qu'elle recommandait, disons monitoring ambulatoire de la tension artériel, BPM 100 ou suivi des glycémies dans un mois ou quoi que ce soit, mais il fallait lire, c'est quand même beaucoup là. »* [Infirmière de GMF].

Il est donc apparu difficile pour les infirmières de ce GMF de retrouver les informations importantes et ce, de façon rapide pour ainsi assurer le suivi de la personne atteinte de MC à la cessation des services par le projet PR1MaC [Communication de l'information ; coordination des soins]. Les recommandations des infirmières de ce GMF seraient de favoriser les éléments importants de suivi et ce, de façon à pouvoir les repérer rapidement dans le dossier [Communication de l'information]: *« Points importants ou objectifs à travailler ou une feuille à part... »* [Infirmière de GMF]. Un manque de continuité et de collaboration entre les intervenants et les services a été décrit et aurait été

bénéfique afin de bonifier le suivi de la personne atteinte de MC [Communication de l'information ; coordination des soins].

## **Deuxième cas du premier territoire**

**Contexte.** Ce milieu se situe dans le RLS de Chicoutimi. Cette clinique médicale est de type public depuis 1988 et GMF depuis 2004 Elle est située à l'intérieur d'un CSSS et possède une mission universitaire. Elle compte 9029 patients inscrits. Dix-sept médecins en font partie, trois infirmières cliniciennes de GMF, deux à temps complet et une à temps partiel, et huit secrétaires. Au cours de l'étude PR1MaC, deux infirmières cliniciennes GMF ont été interrogées dans ce milieu.

**Question 1.** *Quels sont les rôles respectifs des infirmières de GMF et celles des services spécialisés en MC?* Le rôle d'évaluation clinique soit l'évaluation initiale et l'évaluation en cours d'intervention des infirmières cliniciennes de ce GMF est beaucoup plus généraliste [Évaluation initiale ; évaluation en cours d'évolution] : « *On donne beaucoup plus la base...* » [Infirmière de GMF] [Promotion de la santé et prévention], c'est-à-dire que l'enseignement est donné globalement. La prévention, la promotion de la santé et le suivi de personnes atteintes de MC est une partie importante du travail des infirmières de GMF: « *C'est beaucoup plus large notre rôle.* » [Infirmière de GMF] [Évaluation en cours d'évolution; promotion de la santé et prévention]. Lorsque la situation le requiert, une référence en clinique spécialisée est effectuée afin d'aller plus en profondeur et ce, auprès de l'intervenant le plus adéquat (nutritionniste, kinésologue...) [Planification des soins et établissement des priorités ; interventions relatives au processus



thérapeutique] : « *Cela nous évite de justement, de déborder un peu de notre rôle à nous autres, dans le sens qu'on n'est pas nutritionniste.* » [Infirmière de GMF] [Planification des soins et établissement des priorités].

L'infirmière PR1MaC a été perçue comme experte au niveau des MC et pour la profondeur de ses interventions [Évaluation initiale et continue ; planification des soins et établissement des priorités]: « *Elle pouvait entrer peut-être plus en profondeur avec le patient quand on faisait notre référence.* » [Infirmière de GMF] [Évaluation initiale et continue ; planification des soins et établissement des priorités]. La mise à jour constante des intervenants qui œuvrent auprès des personnes atteintes de MC amène un sentiment de sécurité chez les infirmières de GMF car celles-ci ont un rôle beaucoup plus large :

*On est moins spécialisé, puis eux autres le sont vraiment. Fait que, tu sais, je pense que ça nous donne un peu une sécurité de savoir qu'on transfère nos patients à des professionnels qui vont bien les encadrer, qui vont bien les guider dans ce qu'ils ont à faire. Parce qu'elle [en parlant de l'infirmière PR1MaC] pouvait évaluer encore plus ses besoins [en parlant des besoins de la personne avec MC], puis la référer aux personnes nécessaires, parce qu'elle avait comme toute son équipe, tu sais, proche d'elle.* [Infirmière de GMF] [Communication de l'information ; évaluation initiale et continue ; coordination des soins].

L'infirmière du projet PR1MaC a été perçue comme étant l'intervenante pivot auprès de son équipe, car suite à son évaluation, c'est elle qui décidait à qui référer la personne atteinte de MC [Évaluation initiale ; communication de l'information et coordination des soins]: « *Je pense que c'est elle [en parlant de l'infirmière PR1MaC] qui faisait beaucoup les liens entre tout le monde.* » [Infirmière de GMF] [Évaluation initiale ; communication de l'information et coordination des soins]. Également, le fait que les infirmières du projet PR1MaC aient reçu une formation au niveau de l'entrevue

motivationnelle a été reconnu comme un facteur clé pour susciter la motivation des clients :  
*«Je pense qu'elles [en parlant des infirmières PR1MaC] sont plus formées pour vraiment pousser un patient pour qu'il puisse être encore plus motivé.»* [Infirmière de GMF]  
 [Intervention clinique : planification des soins et établissement des priorités].

Le fait que l'infirmière PR1MaC faisait une collecte de données exhaustive amenait celle-ci à faire des choix concernant les interventions à recevoir par la personne [Évaluation initiale]. Les références (kinésologue, nutritionniste...) se faisaient selon le besoin et la motivation de chaque personne atteinte de MC :

*Les patients n'ont pas nécessairement besoin de tout ça non plus. Fait que je pense le fait que l'infirmière évaluait le patient, puis qu'elle dise bien, il a peut-être juste besoin de voir la kinésologue, puis qu'elle répondait vraiment juste au besoin du patient, ça c'est une force aussi que PR1MaC avait.*  
 [Infirmière de GMF] [Évaluation initiale].

**Question 2.** *Quels ont été les impacts perçus du projet PR1MaC par les infirmières de GMF au niveau de leurs rôles ?* L'impact perçu positivement au niveau de la pratique quotidienne des infirmières de GMF fut surtout l'accessibilité rapide aux services spécialisés et le fait de penser aux interventions possibles pour les personnes atteintes de MC, ce qui a apporté une vision plus globale de la personne pour les infirmières de GMF [Continuité des soins, coordination des soins]. : *« Changement, c'est sûr qu'on a une vision peut-être plus élargie de savoir qu'est-ce qui est possible pour le client. »* [Infirmière de GMF] [Coordination des soins].

Au quotidien, les interventions des infirmières de GMF n'ont pas changé, mais cette accessibilité fut appréciée [Communication de l'information ; coordination des soins]. Le fait d'avoir cet accès rapide allégeait la tâche de l'infirmière de GMF : *« Ça allégeait ma*

*tâche dans le sens que c'était moins lourd. J'avais moins de contenu à donner à un même patient.* » [Infirmière de GMF] [Coordination des soins, promotion de la santé et prévention], car celle-ci pouvait référer et ainsi s'occuper que de l'enseignement de base et du suivi tandis que l'enseignement en profondeur se faisait par l'infirmière PR1MaC :

*Je pense que c'est plus facile pour nous autres dans le sens que c'est encore la base de notre enseignement qu'on va donner aux patients. Puis, on sait qu'en les référant, ils vont avoir vraiment la bonne information sur tout. Ils [en parlant des professionnels spécialisés] sont à jour tout le temps. Ils ont tout le temps les dernières recommandations.* » [Infirmière de GMF] [Évaluation continue ; coordination des soins et communication de l'information].

Un impact négatif relevé fut au niveau du chevauchement de rôle [Évaluation initiale et continue ; coordination des soins et communication de l'information] entre l'infirmière de GMF et l'infirmière PR1MaC dans le sens que l'infirmière de GMF évaluait déjà la personne et aurait pu faire elle-même les références aux intervenants spécialisés pertinents (kinésiologue, nutritionniste...), mais dans le cadre du projet de recherche, la personne devait être revue par l'infirmière PR1MaC étant donné que celle-ci était l'intervenante pivot :

*Parce que dans le fond, l'infirmière PRIMAC, elle fait un travail qui était semblable au nôtre... Il y a peut-être eu un petit peu de dédoublement ou de la poursuite aussi d'information. Suite à ma rencontre avec moi, elle a pu poursuivre. C'est sûr que ça, c'était dans le contexte de recherche; il fallait qu'ils rencontrent l'infirmière de recherche [en parlant de l'infirmière PR1MaC] pour ça, fait que pour la rencontre avec l'infirmière, c'est sûr qu'il y a des choses qui ont dû se répéter ou se compléter, parce qu'on fait le même travail en soi; sauf que elle, elle était dans le cadre du projet PRIMAC.* [Infirmière de GMF] [Promotion de la santé et prévention].

**Question 3.** *Dans le contexte de réorganisation des services, quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la collaboration intraprofessionnelle?*

Dans les entrevues des deux infirmières de ce GMF, la collaboration intraprofessionnelle fut très peu présente. Le seul repère était les dossiers car chaque intervenant PR1MaC avait accès au dossier de la personne et vice versa pour les infirmières de GMF : « *C'est qu'il n'y avait pas une collaboration vraiment entre les deux. Dans le sens que, oui, on faisait des références...* » [Infirmière de GMF] [Communication de l'information ; coordination des soins].. Le fait qu'il n'y ait pas eu de lien pré établi entre les intervenants a amené des questionnements, à savoir si l'enseignement se faisait en double : « *On ne savait pas si on dédoublait un petit peu déjà l'enseignement que nous autres on faisait... Ça aurait peut-être été bien de se rencontrer peut-être avec eux autres puis de délimiter un peu le rôle de chacune* » [Infirmière de GMF] [Communication de l'information ; coordination des soins].

**Question 4.** *Quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la coordination et de la communication de l'information afin d'assurer la continuité des services?* Afin d'augmenter la complémentarité des rôles, plusieurs recommandations sont ressorties, soit le fait de créer un lien entre les intervenants qui permettrait de s'assurer rapidement du suivi des personnes atteintes de MC :

*C'est juste que là, c'est laissé dans le dossier, mais nous, tu sais, quand on voyait qu'ils [en parlant des personnes avec MC] étaient pris en charge quand même par PR1MaC, bien pour pas dédoubler, on arrêtaient le suivi. Mais si on n'était pas au courant que le suivi se terminait, bien on ne les reprenait pas en charge nécessairement.* [Infirmière de GMF] [Communication de l'information].

Un lien direct entre divers intervenants aurait été apprécié, par exemple des réunions d'équipe lors de la fin des services spécialisés ou un suivi à l'infirmière de GMF par l'infirmière PR1MaC [Communication de l'information ; coordination des soins]: « *Fait*

*que ça aurait été bien d'avoir un retour direct, même sur une feuille, comme tu viens de me dire, avec les points pour dire nous autres on a fait telle ou telle affaire. »* [Infirmière de GMF].

## **Deuxième niveau d'analyse**

### **Premier et deuxième cas pour le territoire de Chicoutimi (gestionnaires de première et deuxième lignes, coordonnatrice du projet PR1MaC et infirmière PR1MaC de Chicoutimi)**

**Contexte.** Les lignes de services qui existent au sein des CSSS sont nommées première, deuxième et troisième ligne. Les services discutés dans cette analyse sont au niveau de la première et la deuxième ligne (GMF et PR1MaC). Les gestionnaires des soins et services de première et deuxième lignes ne sont pas les mêmes ce qui amène une certaine difficulté au niveau des rôles et de la collaboration intraprofessionnelle. Au niveau du CSSS de Chicoutimi, il existe deux gestionnaires de première ligne, pour les deux GMF et un gestionnaire de deuxième ligne. L'exercice de leur fonction est établi à des lieux physiques différents, ce qui augmente le degré de difficulté dans l'élaboration des rôles des infirmières. Le rôle des infirmières de GMF est variable tout dépendamment de l'endroit où elles s'exercent : *« On se rend compte que chaque GMF est complètement disparate, il y a pas les mêmes modes de fonctionnement... »* [Gestionnaire de deuxième ligne]. En créant les GMF, la Commission Clair a noté que c'était pour augmenter l'accessibilité des personnes atteintes de MC, mais les différents GMF ont des modes de fonctionnement différents et les rôles des infirmières diffèrent beaucoup :

*Plusieurs rapports du Commissaire à la santé et au bien-être indiquent que les GMF n'ont jamais rendu ce pourquoi ils ont été créés, qu'ils étaient pour*

*augmenter l'accessibilité et la continuité des soins particulièrement pour la clientèle en maladies chroniques. Dans les deux cas, dans les deux objectifs primaires de la création des GMF, c'est un échec. Le seul endroit où il y a eu une petite amélioration, c'est au niveau de la continuité... »* [Gestionnaire de deuxième ligne] [Continuité des soins].

Cela devient difficile pour les services de deuxième ligne d'établir des corridors de services internes [Communication de l'information ; coordination des soins]: *« Alors ça devient difficile pour les services spécialisés de dire comment on établit ce corridor-là. »* [Gestionnaire de deuxième ligne] [Coordination des soins].

Certains GMF sont instaurés depuis plusieurs années et les rôles des infirmières peuvent être plus évolués ou axés selon la vision de la clinique (par exemple : suivi obstétrique, suivi des MC...). Étant évolutifs, les infirmières en GMF ont fait évoluer leurs rôles selon la demande des personnes et des médecins, et elles les ont implantés selon leur intérêt personnel. C'est pourquoi il y a eu des duplications de rôle au niveau de la première et deuxième lignes. Au cours de l'étude PR1MaC, il semble que certaines infirmières de GMF faisaient le travail que l'infirmière PR1MaC devait faire, soit le rôle de pivot [Coordination des soins]: *« Il y en avait déjà deux [en parlant des GMF] où l'infirmière son travail était très bien implanté. Les infirmières faisaient tout tout tout et quand ils référaient, c'est parce qu'ils étaient prêts à avoir la nutrition, la kinésio [Infirmière PR1MaC] [Intervention clinique : planification des soins et établissement des priorités] »*. On a noté une duplication du rôle infirmier (GMF et PR1MaC) dans un GMF où le volet enseignement aux personnes atteintes de MC était très développé [Interventions relatives au processus thérapeutique].

L'implantation d'une étude d'envergure comme PR1MaC qui, essentiellement, visait le déploiement d'intervenants spécialisés dans les services de première ligne, a amené des réticences aux services déjà existants (Trajectoire des MC, services de deuxième ligne) mais en clarifiant l'offre de service, le climat a changé :

*Qu'on respecte leur expertise. Ça, je sentais... écoutez... nous on veut les malades, vous on vous laisse les facteurs de risque. Il y avait beaucoup une perception comme ça en disant... je ne sais pas si elles voulaient dire qu'on n'était pas capable de prendre en charge les... ou dans leur tête c'est des cas trop complexes, ils doivent absolument venir en première ligne. Et là le message a vraiment été de dire... on ne veut pas se substituer au choix du patient... [Coordonnatrice PR1MaC].*

**Question 1.** *Quels sont les rôles respectifs des infirmières de GMF et celles des services spécialisés en MC?* Le rôle des infirmières de GMF se veut généraliste [Interventions relatives au processus thérapeutique ; planification des soins et établissement des priorités] mais difficilement accessible au niveau de la deuxième ligne, c'est-à-dire que la collaboration interprofessionnelle n'étant pas établie, cela favorise des irritants au niveau du transfert des personnes atteintes de MC [Communication de l'information]: « ...des patients là qui sont modérés, légers mais qui sont stables et qui comprennent bien leur plan d'action et que ça va bien, pourraient très bien être retournés dans les GMF mais je ne suis pas capable. » [Gestionnaire de deuxième ligne]. L'infirmière de GMF est perçue comme étant rigide au niveau de ses rendez-vous : « Elles voient les patients pour l'enseignement mais elles sont peut-être plus... comment dire... bien plus occupées dans le sens qu'elles ont peut-être une demi-heure pour parler », ce qui amène une avenue souhaitée lorsque des services de deuxième ligne se voient déployés dans leur clinique comme le projet PR1MaC :

*«... on a un continuum de services en première ligne qui est donné par les intervenants, nous on vient à un moment précis « booster » cette intervention-là, donner une poussée aux patients pour après ça, bon... que l'intervenant lui, continue son suivi là »* [Infirmière PR1MaC] [Intervention clinique : interventions relatives à la promotion et la prévention ; évaluation clinique : rôle de suivi].

Au niveau de l'infirmière PR1MaC, son rôle est davantage vu comme étant celui d'experte [Planification des soins et établissement des priorités ; interventions relatives à la réadaptation fonctionnelle et la qualité de vie]. L'évaluation initiale a été notée comme très importante au niveau de la détection des besoins des clients, ce qui permettait de déterminer les objectifs prioritaires à travailler avec les personnes atteintes de MC et ce, selon leur besoins [Évaluation initiale]:

*Je pense la cueillette parce que nous on allait... je pense qu'eux autres ils en font même pas, ils ne questionnent pas le patient sur vraiment les antécédents, ce qu'il mange et tout. Bien en gros oui, mais je veux dire... pas autant que nous on le faisait là dans notre questionnaire. Les infirmières pouvaient réajuster certains services selon l'entrevue qu'ils avaient avec le patient...j'ai l'impression que l'approche motivationnelle a joué beaucoup. Le profil des intervenants, ça prend des intervenants qui sont aussi dans ce créneau-là, qui sont dans un créneau plus d'écoute de trouver c'est quoi le piton et peser sur ce piton-là sans pousser le patient pour que le changement vienne de la personne. Ça les patients l'ont beaucoup apprécié, ils ne sentaient pas qu'ils étaient assis là et qu'on leur donnait du contenu et qu'ils étaient à la petite école et qu'ils se faisaient.* [Infirmière PR1MaC] [Évaluation initiale ; intervention clinique : planification des soins et établissement des priorités].

La nouvelle approche de l'entrevue motivationnelle a fait ses preuves et a été beaucoup appréciée auprès des personnes et les a amené à faire des changements d'habitudes de vie durables [Interventions cliniques]. Un autre impact qui a été nommé a été le fait que l'infirmière PR1MaC suivait les personnes présentant seulement des facteurs



de risque ce que peu de cliniques spécialisées font [Intervention relatives à la promotion de la santé et prévention]:

*Le fait aussi, c'était précoce, ça parlait des facteurs de risque, ça c'est un peu un vide qu'on a actuellement parce que les gens qui ont des pathologies peuvent aller en deuxième ligne mais ceux qui ont des facteurs de risque, tant que vous êtes pas malades... c'est un peu incohérent. » [Infirmière PR1MaC] [Promotion de la santé et prévention].*

**Question 2.** *Quels ont été les impacts perçus du projet PR1MaC par les infirmières de GMF au niveau de leurs rôles ?* Cette question ne s'applique pas pour ces répondants.

**Question 3.** *Dans le contexte de réorganisation des services, quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la collaboration intraprofessionnelle?* Il semble que la collaboration interprofessionnelle entre les infirmières de GMF et celles du projet PR1MaC fut de faible intensité. Il y a eu plusieurs doubles rencontres dans certaines cliniques ciblées s'expliquant par le fait que le rôle de l'infirmière de GMF est très bien implanté et qu'elle ne voulait pas perdre le suivi des personnes. Ces résultats font référence à la continuité des soins, soit la communication des informations et la coordination des soins, en lien avec la Mosaïque des compétences, qui fut de faible niveau. De plus, il était tout aussi difficile de départager très clairement les rôles de chaque intervenant (kinésiologue, nutritionniste...), car le rôle des infirmières touche à plusieurs professions :

*Je ne voulais pas être une « dispatcheuse » de professionnels non plus, j'avais ma part à prendre et il fallait que je prenne ma place aussi. Mais c'est ça... ce n'était pas un conflit, elle me l'a dit gentiment mais quand même... C'était difficile de compartimenter où j'arrête pour faire l'enseignement et où la nutritionniste reprend... » [Infirmière PR1MaC] [Promotion de la santé et prévention ; planification des soins et établissement des priorités].*

**Question 4.** *Quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la coordination et de la communication de l'information afin d'assurer la continuité des services?* La non duplication des rôles infirmiers sera possible lorsque les rôles des infirmières de GMF seront clarifiés : *« Je pense qu'il faut vraiment revoir le fonctionnement des GMF au départ, clarifier ça correctement. »* [Coordination des soins] [Gestionnaire de deuxième ligne]. Lors du projet PR1MaC, l'infirmière pivot étant celle-ci, cela aurait été bénéfique que ce soit l'infirmière de GMF qui soit pivot dans le sens qu'elle suit la personne atteinte de MC dans le temps et ainsi assure une continuité des soins [Évaluation initiale ; coordination des soins]:

*« Bien, je pense que oui parce que c'est souvent des clients qui reviennent, les infirmières GMF, elles les connaissent quand même pas mal ces gens-là. Je pense que le lien aussi serait peut-être plus facile et après ça il y aurait un suivi aussi là mais... »* [Infirmière PR1MaC] [Évaluation continue].

Il y a eu beaucoup de restructuration dans les services de deuxième ligne dans les dernières années ainsi que la participation active des médecins spécialistes. Le projet PR1MaC a pu établir le constat qu'il faudra une restructuration active de la part des médecins de première ligne afin que ces services soient connus de tous et pour augmenter la complémentarité entre les services: *« Inévitablement, il y a un fossé beaucoup plus grand qui s'est créé entre la première ligne et la deuxième ligne »* [Gestionnaire de deuxième ligne]. L'importance de bien collaborer a été démontrée au cours de cette étude ainsi que les divergences qui existent présentement entre les différents services [Communication de l'information]:

*Dans les programmes de première ligne et de médecine spécialisée, on a un enjeu important là. C'est que notre continuum soit un petit peu plus fluide parce que là il y a vraiment un fossé. Et on a des actions à faire; c'est sûr qu'il faut y aller étape par étape, prioriser. Mais moi je pense que nos intervenants en maladies chroniques trajectoire, je sens beaucoup plus d'ouverture. Je pense qu'on en parle plus, on se challenge plus...*

[Gestionnaire de deuxième ligne] :

Les liens inexistantes entre la première et la deuxième ligne creusent des fossés importants qui seront surmontables si des efforts sont faits de part et d'autre pour créer des liens qui seront uniformes au niveau de la collaboration [Communication de l'information] :

*Ça demande de l'investissement au niveau de la première ligne et créer des bons arrimages et pas faire du doublon et que ça soit accessible... Et pour que la première ligne soit forte il faut que la deuxième ligne soit capable de le soutenir.* [Gestionnaire de deuxième ligne] [Continuité des soins, communication de l'information.]

Une solution proposée à travers les entrevues serait d'impliquer les gestionnaires en première ligne de façon plus constante : «...c'est sûr que moi être un leader dans ce dossier-là... » [Gestionnaire de deuxième ligne].

## **Description des entités au premier niveau d'analyse pour le deuxième territoire**

### **Premier cas du deuxième territoire (Jonquière)**

**Contexte.** Ce milieu se situe sur le territoire de Jonquière. Les activités de ce GMF se répartissent sur six sites différents. Les infirmières offrent leurs services dans quatre de ces six sites. Le nombre d'inscriptions dans ce GMF est d'environ 8 240 personnes et onze

médecins y pratiquent. Au cours du projet PR1MaC, une infirmière clinicienne GMF fut interrogée dans ce milieu.

**Question 1.** *Quels sont les rôles respectifs des infirmières de GMF et celles des services spécialisés en MC?* Le rôle des infirmières de ce GMF est surtout auprès des personnes atteintes de MC : « ...on fait plus de suivis à long terme des maladies chroniques... » [Infirmière de GMF] [Évaluation continue]. Tandis que l’infirmière PR1MaC est perçue comme une spécialiste, c’est-à-dire qu’elle effectuait des interventions plus en profondeur ce qui amenait un complément d’information à la personne [Intervention clinique : planification des soins et établissement des priorités]: « L’infirmière bien, c’est sûr qu’elle c’était plus au niveau physio...complication, toutes ces affaires-là... » [Infirmière PR1MaC] [Intervention clinique : planification des soins et établissement des priorités]. Elle a été perçue comme une intervenante pivot au niveau de l’équipe à laquelle elle était rattachée [Coordination des soins]: « Un pivot, oui. Moi, j’avais eu quelque chose à demander à quelqu’un du projet PRIMAC, je serais allée voir l’infirmière. » [Infirmière PR1MaC] [Coordination des soins]. L’intervention a été perçue comme excellente au niveau motivation pour les personnes, la façon dont l’infirmière faisait son évaluation était bonne et motivait les personnes à faire certains changements de comportement : « ... continuer à les garder motivés. C’est arrivé que les patients pendant qu’ils faisaient PRIMAC, ils étaient motivés, ils perdaient du poids... » [Infirmière PR1MaC] [Planification des soins et établissement des priorités].

**Question 2.** *Quels ont été les impacts perçus du projet PR1MaC par les infirmières de GMF au niveau de leurs rôles ?* L’enseignement proposé par l’infirmière PR1MaC fut

positif pour les personnes selon l'infirmière de GMF mais les retombées sont difficilement perceptibles à long terme :

*On dirait que quand ils étaient là-dedans là, ils étaient plus en mode : OK, on fait attention, on se force, tout ça; puis ça les motivait. C'est vrai que je trouve que c'était motivant pour eux autres. Puis quand que c'est terminé, bien là ils recommencent avec nous autres, on disait oups! là ça traîne un peu plus de la patte... »* [Infirmière de GMF] [Évaluation continue]

Un impact perçu positivement fut la diminution de la charge de travail car la personne atteinte de MC recevait un enseignement adapté et complet pendant trois mois et, durant ce temps de suivi, les infirmières de GMF pouvaient voir de nouvelles personnes : «...*Je trouve que ça dégageait, dans le sens que la personne, elle recevait vraiment tout l'enseignement de base, puis pendant ces trois mois-là, elle était suivi par tous — bien, par le projet.* » [Infirmière de GMF] [Continuité des soins, communication de l'information]

**Question 3.** *Dans le contexte de réorganisation des services, quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la collaboration intraprofessionnelle?* Les interactions ont été faibles au niveau de la collaboration de nature intraprofessionnelle entre les infirmières de GMF et celles de PR1MaC et ce, malgré la proximité des services, soit dans la même clinique : «...*on ne savait pas qu'ils étaient pris en charge* [en parlant des personnes avec MC] ... *parce qu'on n'avait pas de... discussion...* » [Infirmière de GMF].

Le manque de collaboration intraprofessionnelle a amené des problèmes de coordination et parfois de duplication de rôle. Le suivi de personnes atteintes de MC est très important et ce, de façon ponctuelle, pour l'infirmière de GMF, donc une collaboration intraprofessionnelle devrait être accrue surtout lorsque des projets sont déployés dans les

milieux comme PR1MaC : *«...plus de collaboration entre les intervenants, puis nous les infirmières de clinique, nous intégrer plus, pas nécessairement nous parler de tous les cas mais au moins qu'on ait un suivi là avec des objectifs clairs... »* [Infirmière de GMF]  
[Communication de l'information ; communication de l'information ; coordination des soins].

Un impact négatif fut le peu de communication durant le déroulement du projet PR1MaC, les infirmières de GMF déploraient le fait qu'elles ne savaient pas quelles personnes étaient suivies et à quel moment [Communication de l'information]: *« c'est qu'on n'avait pas de retour quand ils étaient pris en charge les patients. »*

**Question 4.** *Quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la coordination et de la communication de l'information afin d'assurer la continuité des services?* En augmentant la complémentarité entre les intervenants, le partage d'objectifs à atteindre pour la personne est bénéfique. La façon soulevée fut des rencontres mensuelles entre les infirmières de GMF et celles de PR1MaC afin de statuer sur les dossiers suivis en commun [Communication de l'information]: *«...déterminé dans l'horaire; c'est ça, puis notre rendez-vous avec l'infirmière PRIMAC, on se donne une heure, puis on parle des cas. »* [Infirmière de GMF]. La réalité vécue a été difficile au niveau du suivi des personnes car l'infirmière de GMF devait aller voir elle-même le dossier des personnes suivies par PR1MaC sinon elle ne savait pas nécessairement lorsque le suivi était terminé [Communication de l'information]: *«...il y en a peut-être plein dont le suivi est fini puis que finalement on n'a pas revus depuis, parce qu'on n'a pas eu de nouvelle. »* [Infirmière de GMF] [Évaluation continue].

## Deuxième cas du deuxième territoire (Jonquière)

**Contexte.** Ce milieu se situe sur le territoire de Jonquière et est relié au CSSS de Jonquière. Il compte 9 029 personnes inscrites et onze médecins y pratiquent. Durant le déroulement du projet PR1MaC, deux infirmières cliniciennes GMF furent interrogées dans ce milieu.

**Question 1.** *Quels sont les rôles respectifs des infirmières de GMF et celles des services spécialisés en MC?* Les rôles des infirmières de GMF sont considérés comme d’être généraliste et d’assurer le suivi de personnes atteintes de MC [Évaluation continue]: « ... *Je fais un peu un survol, la majorité du temps dans mon rôle... c’est à nous ensuite après à faire la prise en charge...* » [Infirmière de GMF] [Évaluation continue]. En GMF, les interventions sont axées une pathologie par rencontre :

*«... on en voit un à la fois parce qu’on a peu de temps aussi. Aujourd’hui on va parler de votre tension et la semaine prochaine on parlera de vos glycémies et la fois d’après on parlera de votre cholestérol parce qu’on a peu de temps. »* [Infirmière de GMF] [Évaluation continue ; planification des soins et établissement des priorités].

La prévention et la promotion de la santé sont quotidiennes dans le travail d’une infirmière de GMF, donc le rôle entre les deux catégories d’infirmières se rejoignait passablement : «... *promotion/prévention, changer les habitudes, le but c’est qu’ils* [en parlant des personnes avec MC] *consultent le moins possible alors si on est capable d’améliorer leur situation* » [Infirmière de GMF] [Promotion de la santé et prévention]. Au niveau de l’infirmière PR1MaC, ces rôles se situaient au niveau de la profondeur des interventions et d’amener la personne atteinte de MC à apporter des changements au niveau de ses habitudes de vie :

*« ...elle prenait un point plus pointu ou que ce soit motivationnel ou c'est quoi votre maladie, puis c'est quoi le — parce que nous autres on est peut-être plus superficielles; puis eux autres c'était vraiment — elle prenait beaucoup plus de temps... »* [Infirmière de GMF] [Promotion de la santé et prévention ; planification des soins et établissement des priorités].

Le temps d'intervention a été également un critère au niveau des résultats et le fait qu'une équipe d'intervenants (kinésiothérapeute, nutritionniste...) pouvait soutenir l'infirmière dans les enseignements plus pointus : *« ...les points forts c'était vraiment, qu'ils allaient plus en profondeur que ...la nutritionniste qui vraiment elle y allait; comme cette personne-là... »* [Infirmière de GMF] [Interventions relatives au processus thérapeutique ; interventions relatives à la réadaptation fonctionnelle et la qualité de vie]. L'infirmière PR1MaC était pivot au niveau des autres intervenants, c'est à elle que revenait la tâche de faire une évaluation globale de la santé et pouvoir ainsi s'allier avec d'autres intervenants : *«...l'évaluation, c'est sûr qu'elle faisait vraiment le tour au complet de la situation... »*. [Infirmière PR1MaC] [Évaluation initiale].

La différence entre l'infirmière de GMF et l'infirmière PR1MaC a été soulevée du fait qu'une est généraliste (première ligne) et l'autre est spécialisée (deuxième ligne) : *«...l'infirmière bien elle devient plus spécialiste au niveau de l'enseignement des différents facteurs de risque. Je pense que c'est un peu plus ça... spécialiste, généraliste peut-être la différence... »* [Infirmière PR1MaC] [Promotion de la santé et prévention]..

L'accessibilité, qui était rapide de la part des intervenants PR1MaC, favorisait les références : *«... c'était stimulant, oui, de savoir qu'il y avait des professionnels qui pourraient voir la personne rapidement... »* [Infirmière de GMF] [Continuité des soins, communication de l'information].



**Question 2.** *Quels ont été les impacts perçus du projet PRIMaC par les infirmières de GMF au niveau de leurs rôles ?* Un impact positif pour la personne atteinte de MC a été l'opportunité de rencontrer divers intervenants afin qu'elle puisse améliorer sa santé en changeant certains comportements de santé :

*«... l'autogestion, c'est ça, de leur poids, de leur alimentation, de leur activité physique. C'est ceux qui sont intéressés, parce qu'il y en a qui ne veulent pas. Il y en a qui ne voulaient pas malgré que ça aurait été des patients qu'il aurait fallu accrocher là. Mais c'est ça, c'est un avantage... »* [Infirmière de GMF] [Interventions relative au processus thérapeutique]

Il n'y a eu aucun impact positif ou négatif sur le travail de l'infirmière de GMF, c'est-à-dire que le volet prévention/promotion était déjà bien implanté dans le GMF. Le fait qu'il n'y a pas eu d'interaction entre les intervenants, le transfert de connaissances a été déficient [Communication de l'information] :

*Il aurait fallu qu'on sache un peu plus qu'est-ce qu'elle a fait, où elle en est rendu quand ça l'a fini, mais je suis certaine que tout ce qu'elle a parlé avec la personne, on n'a pas à le faire...* [Infirmière de GMF] [Continuité des soins, communication de l'information]

Par contre, il y a peut-être eu une bonification de la collecte de donnée au niveau de l'état de santé en général : *« Ça me permettait peut-être un peu plus d'y penser mais sinon on fait pas mal le tour toujours des habitudes de vie quand on évalue une personne. »* [Infirmière de GMF] [Promotion de la santé et prévention ; évaluation initiale et continue]

Au niveau de la charge de travail, le suivi fait par les intervenants PRIMaC libérait l'infirmière de GMF afin qu'elle s'occupe d'autre chose : *«C'est sûr que la rencontre, les deux rencontres, les trois rencontres que le patient a eues avec l'équipe PRIMAC, bien moi j'ai fait d'autre chose là. Ça fait que dans ce sens-là peut-être ça l'a allégé mais... »*

[Infirmière de GMF]. Le rôle de pivot de l'infirmière PR1MaC a été discuté à savoir si l'infirmière de GMF pourrait être la pivot dans une équipe multidisciplinaire de type PR1MaC car celle-ci a déjà un suivi avec la personne donc la mieux placée pour savoir les besoins que requiert sa condition [Coordination des soins] :

*Ça aurait été intéressant peut-être d'avoir — de développer ce — en fait, est-ce que l'infirmière aurait dû avoir une place aussi importante dans les trois rencontres par rapport aux spécialistes qui est la nutritionniste, kinésio... en GMF il y a des infirmières, souvent c'est des patients qu'on a déjà rencontrés. Ça m'allégeait la tâche dans le sens que moi je me disais bien écoute, je ne vous en parlerai pas trop parce que vous allez voir l'infirmière, la nutritionniste, la kinésio, et l'agent tabac. Tu sais, ça m'allégeait mais d'un autre côté ça — pour ce patient-là de toute façon, ça ne m'enlevait pas d'ouvrage ... j'en ai, il y a d'autres patients, ça revient plus au même. Mais parce que c'est ça, l'apport de l'infirmière dans des cas comme ça, aurait dû être moins au profit des autres intervenants professionnels » [Infirmière de GMF] [Continuité des soins, communication de l'information]*

**Question 3.** *Dans le contexte de réorganisation des services, quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la collaboration intraprofessionnelle?*

La collaboration demeure le facteur essentiel afin de parvenir à éviter la duplication des rôles mais dans ce GMF, celle-ci fut déficiente : «... *Je dirais qu'il n'y avait pas vraiment d'interaction en tant que tel...* » [Infirmière de GMF] [Communication de l'information; coordination des soins]. La collaboration n'est pas innée, il faut créer des moments et les cibler dans l'horaire afin de favoriser des discussions de cas : «...*c'est la communication qui serait à ajuster, le avant, pendant et après... au niveau patients en tant que tel, il aurait fallu qu'on se rencontre peut-être pour discuter des cas* » [Infirmière de GMF] [Communication de l'information].

**Question 4.** *Quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la coordination et de la communication de l'information afin d'assurer la continuité des services?* Les rencontres multi disciplinaires auraient été pertinentes afin de mieux soutenir la personne atteinte de MC dans la poursuite des objectifs [Communication de l'information]:

*Il aurait fallu qu'on se rencontre tout court à la fin (en parlant de la fin du suivi de chaque patient) pour dire regarde... c'est là qu'on est rendu, s'il y avait pas eu de feuille ou autre chose là, mais peu importe, même s'il y a pas de feuille, s'asseoir avec... bon bien ce patient-là, tout ça, ce bout-là, l'évaluation, voilà ce qui en est ressorti et où on est rendu... si la personne a surtout vu une nutritionniste ou surtout vu la kinésiologue, ça peut être le personnage principale... » [Infirmière PR1MaC]*

Un autre point négatif fut le fait que l'infirmière de GMF n'était pas au courant lors de la fermeture de dossier, ce qui a créé une diminution de la qualité et de la continuité des soins :

*Mais peut-être à la fin, quand c'est fini, voici qu'est-ce qui s'est passé, voici. Puis faire un résumé, un court résumé. Je pense que ça l'aurait été assez dans la majorité des cas... Il y a eu un manque pour les suivis des patients en général... les suggestions pour la poursuite. Est-ce qu'il faut continuer l'enseignement, est-ce qu'il faut juste surveiller l'observance, est-ce qu'il faut... des conseils dans le fond un peu plus mais dans le but que si moi je prends cette feuille-là, bien si je vais appeler mon patient, je vais dire... bon bien je vous revois dans deux mois pour faire un suivi voir comment ça va ou... Et comme je disais, la plupart du temps, on voyait même pas les dossiers passer, alors ils ont été classés et je sais pas qu'est-ce qui a été fait, qu'est-ce qui a pas été fait... [Infirmière de GMF] [Communication de l'information ; coordination des soins].*

## Deuxième niveau d'analyse

### **Premier et deuxième cas pour le territoire de Jonquière (gestionnaires première et deuxième lignes; coordonnateur première et deuxième lignes et infirmière PR1MaC de Jonquière)**

**Contexte.** Le niveau d'analyse est le même que dans les études 1 et 2 mais pour le territoire de Jonquière. Les gestionnaires de première et deuxième lignes de Jonquière ont été interrogés ainsi que l'infirmière PR1MaC de Jonquière. Au début du projet PR1MaC, les infirmières PR1MaC n'avait pas de rôle délimité, il a fallu qu'elles travaillent sur des outils d'enseignement pour tenter ne pas dupliquer les services déjà existant et de les arrimer afin de favoriser la continuité des soins [Communication de l'information ; coordination des soins]. Elles ont eu plusieurs formations ce qui a favorisé un esprit d'équipe au sein des intervenants PR1MaC :

*C'était un enjeu, on avait des intervenants d'un peu partout qui se voyaient pas nécessairement parce qu'ils travaillaient à des lieux différents. Donc on a vraiment réussi à créer une équipe PR1MaC avec une synergie PR1MaC puis un sentiment d'appartenance au projet. [Infirmière PR1MaC] [Continuité des soins, communication de l'information]*

Les infirmières PR1MaC ont été perçue comme pilier au niveau de l'intervention et pivot au niveau des services offerts par l'étude PR1MaC [Coordination des soins] : « *L'infirmière, c'était plus qu'une infirmière, c'était mon pilier sur chacun des territoires* » [Coordonnatrice clinique]. Elle était celle qui voyait tout ce qui se passait sur le terrain et pouvait émettre des recommandations afin d'optimiser les services [Coordination des soins]:

*Elle avait un peu cette responsabilité-là d'être le baromètre de ce qui se passait. Elle gérait aussi les rendez-vous de ses collègues, donc elle avait un rôle quasiment d'assistante coordonnatrice sur chacun des territoires qui allait au-delà du rôle d'infirmière. [Coordonnatrice clinique] [Coordination des soins]*

Au début de l'implantation du projet PR1MaC, il a fallu créer un climat de confiance avec les infirmières expertes de deuxième ligne (Trajectoire des MC) car le projet a créé des incompréhensions de rôle au niveau infirmier :

*On allait prendre la trajectoire de deuxième ligne puis la mettre en première ligne puis... Donc ça l'a été de créer un climat de confiance avec elles, de leurs faire passer le message que ce n'était pas ça. [Coordonnatrice clinique] [Continuité des soins, communication de l'information]*

Au niveau du démarrage, les experts de deuxième ligne aurait apprécié apporter leur expertise au niveau des outils d'enseignement :

*C'est l'implication des intervenants, là, des équipes déjà en place dans les CSSS là, mais entre autres, nos intervenants qui ont, qui ont pu participer, puis transmettre leur expertise, là, aux nouvelles personnes. [Gestionnaire de deuxième ligne] [Continuité des soins, communication de l'information]*

**Question 1.** *Quelles sont les rôles respectifs des infirmières de GMF et celles des services spécialisés en MC?* Le rôle des infirmières de GMF a été perçu comme généraliste. L'équipe PR1MaC déployée dans les services de première ligne a permis à des personnes atteintes de MC de bénéficier de suivi d'intervenants spécialisés (kinésiologue, nutritionniste...) que leur condition de santé requiert : «...ça l'a répondu, un, au besoin que le patient entend certains enseignements que eux ont pas le temps de donner ou n'ont pas l'expertise de le faire » [Infirmière PR1MaC] [Évaluation continue ; promotion de la santé et prévention]. Les infirmières de GMF assurent les suivis des personnes atteintes de MC :

*On a un continuum de services en première ligne qui est donné par les intervenants, nous on vient à un moment précis « booster » cette intervention-là, donner une poussée aux patients pour après ça, bon... que l'intervenant lui, continue son suivi là » [Infirmière PR1MaC] [Promotion de la santé et prévention; évaluation continue].*

Quant à l'infirmière PR1MaC de Jonquière, les rôles de celle-ci, se situent au niveau de la prévention des MC et des facteurs de risque [Interventions relatives à la promotion et la prévention]. L'enseignement était de nature plus spécialisé : *«... par rapport à la MC, par rapport à ce qui avait été demandé, par rapport aux facteurs de risque, alors c'était vraiment de la prévention, c'est vraiment de l'enseignement qu'on faisait préventif... »* [Infirmière PR1MaC] [Interventions relatives à la promotion de la santé et la prévention]. L'évaluation de l'état de santé se faisait à travers la collecte de données [Évaluation initiale et continue] :

*On faisait quand même de l'évaluation. parce que moi j'en faisais en cours de route. On faisait comme je vous dis une cueillette de données, on allait chercher des données, on regardait un peu comme un portrait du patient.* [Infirmière PR1MaC] [Évaluation initiale]

L'infirmière PR1MaC est perçue comme une intervenante pivot au niveau de l'équipe d'intervenants spécialisés [Coordination des soins]: *«...l'infirmière était vraiment l'intervenant pivot là, que c'était elle qui faisait les références et qui voyait le plus souvent les patients... »* [Infirmière de GMF] [Coordination des soins]. Suite à l'évaluation initiale qui est fait par entrevue motivationnelle, des objectifs étaient fixés avec la personne et la réévaluation était prévue par l'infirmière PR1MaC [Planification des soins et établissement des priorités]:

*On faisait un enseignement mais on avait un objectif aussi qu'on visait là, alors c'est sûr qu'au bout de ça, bien il fallait voir aussi... on leur faisait une*

*évaluation pour voir si le patient il allait pas bien, j'intervenais là. »*  
 [Infirmière PR1MaC] [Planification des soins et établissement des priorités;  
 évaluation clinique : rôle de suivi]

Les objectifs ont été fixé par motivation de la personne à modifier certains comportements de santé : *« c'était plus le changement des habitudes de vie, c'était ça comme je vous disais nos objectifs, on y allait par motivation... »* [Infirmière PR1MaC]  
 [Planification des soins et établissement des priorités ; interventions cliniques relatives à la promotion de la santé et prévention]

*C'était vraiment selon leurs besoins à eux, les infirmières pouvaient réajuster certains services selon l'entrevue qu'ils avaient avec le patient, alors ça aussi c'était important. Les intervenantes étaient super motivées, je sais que les patients les ont beaucoup beaucoup apprécié, ils ont aimé l'approche. Le fait aussi, c'était précoce, ça parlait des facteurs de risque, ça c'est un peu un vide qu'on a actuellement parce que les gens qui ont des pathologies peuvent aller en deuxième ligne mais ceux qui ont des facteurs de risque, tant que vous êtes pas malades. [Infirmière de GMF] [Interventions relatives à la promotion de la santé et la prévention]*

Le projet PR1MaC amène un volet prévention important au niveau des facteurs de risque afin d'optimiser la prise en charge et d'éloigner l'apparition des MC :

*D'être en mesure d'offrir à des personnes qui ont des facteurs de risque la possibilité de se prendre en main puis d'éviter de, de se rendre à une maladie chronique, quelle qu'elle soit. Ça, pour moi, c'est un projet fort très pertinent. Je pense que ça l'a sûrement su démontrer la pertinence d'avoir des professionnels en première ligne, pour offrir un service aux gens...Ça a permis d'aller dans le fond, d'élargir notre spectre pour aller toucher plus de personnes parce que la plupart de ces clients-là avec des facteurs de risque, nous on ne peut pas les voir. [Infirmière PR1MaC] [Interventions relatives à la promotion de la santé et prévention]*

**Question 2.** *Quels ont été les impacts perçus du projet PR1MaC par les infirmières de GMF au niveau de leurs rôles ?* Plusieurs impacts positifs ont été ressentis par les

personnes ayant participé au projet PR1MaC. L'entrevue motivationnelle a fortement été reconnue comme moyen favorable dans le changement des habitudes de vies [Planification des soins et établissement des priorités ; coordination des soins]: «... *c'était plus le changement des habitudes de vie, c'était ça comme je vous disais nos objectifs, on y allait par motivation* » [Infirmière PR1MaC]. Les objectifs fixés par les intervenants provenaient du besoin de la personne ce qui favorisait une meilleure adhérence aux traitements [Planification des soins et établissement des priorités]. Le fait que ce soit dans le même GMF que leur médecin de famille a été déterminant, pour les personnes atteintes de MC, de collaborer avec l'équipe PR1MaC. [Coordination des soins].

**Question 3.** *Dans le contexte de réorganisation des services, quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la collaboration intraprofessionnelle?*

La collaboration interprofessionnelle au niveau de la première et deuxième lignes à Jonquière semble plus développée car les médecins réfèrent déjà beaucoup aux ressources déjà existantes :

*Notre arrimage avec la première ligne est plus fort, donc nos médecins réfèrent beaucoup déjà à la trajectoire et tu sais, on répond. Puis, je pense qu'à Chicoutimi, c'est peut-être moins le cas. Fait que là, le PR1MaC a pu être bien intéressant.* [Gestionnaire services spécialisés Jonquière] [Communication de l'information].

Il n'y a pas eu vraiment de discussion au niveau des recommandations afin de diminuer les problèmes de coordination. Il a été relaté par les répondants que la collaboration actuelle était bonne au niveau des services de première et deuxième lignes [Communication de l'information ; coordination des soins]: « ...*notre arrimage avec la*



*première ligne est plus forte donc nos médecins réfèrent beaucoup déjà à la trajectoire... »*

[Gestionnaire services spécialisés Jonquière].

Il aurait fallu avoir une plus grande collaboration entre les intervenants afin que les infirmières PR1MaC puissent prendre les évaluations faites par l'infirmière de GMF afin d'épargner du temps de part et d'autre [Communication de l'information ; coordination des soins]:

*L'infirmière avait vraiment elle son évaluation générale qu'elle mettait à la portée des autres et l'autre prenait le relais dans sa discipline à lui. Donc elle n'avait pas besoin de refaire toute l'histoire de vie, de ci, de ça. Donc ça je pense que ça l'a été vraiment apprécié et il fallait maximiser le temps aussi.*  
[Infirmière de GMF] [Évaluation initiale].

**Question 4.** *Quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la coordination et de la communication de l'information afin d'assurer la continuité des services?* Les personnes atteintes de MC qui ne voulaient pas se rendre à la Trajectoire des MC (deuxième ligne) était très satisfait des services car elles sentaient la continuité des soins entre l'équipe et leur médecin [Communication des informations ; coordination des soins]:

*Les patients ont beaucoup apprécié qu'on soit présent dans leur clinique, qu'ils aient pas besoin de se déplacer à l'hôpital...l'impact sur les patients, je pense sur la capacité de se prendre en charge, de mieux connaître leurs facteurs de risque, de sentir qu'il y a une équipe qui était là pour les soutenir, les aider, ça j'ai l'impression aussi que pour eux c'était très positif.*  
[Infirmière PR1MaC].

### **Synthèse des quatre questions de recherche au niveau des études de cas**

Cette synthèse présente dans un premier temps, un aperçu des principaux résultats obtenus dans cette étude. Elle aborde les principaux résultats en regard des quatre questions de recherches posées précédemment soit : 1) les rôles respectifs des infirmières de GMF et celles des services spécialisés en MC qui ont été déployées dans le cadre d'un projet d'intégration des services spécialisés en MC dans des milieux de première ligne (projet PR1MaC) ; 2) les impacts perçus du projet PR1MaC par les infirmières de GMF au niveau de leurs rôles ; 3) les observations et les recommandations en regard de la collaboration intraprofessionnelle ; et 4) les observations et les recommandations en regard de la communication de l'information et de la coordination qui assure la continuité des services. Suite à chaque question de recherche, une matrice de synthèse est présentée afin que les résultats obtenus soient plus concrets et visuels.

#### **Première question de recherche**

*Quelles sont les rôles respectifs des infirmières de GMF et celles des services spécialisés en maladies chroniques?* Les sections précédentes expriment de façon très spécifique les obstacles et les défis rencontrés. Les obstacles rencontrés sont au niveau des rôles qui sont variables d'un GMF à un autre [Coordination des soins]. L'offre de service des GMF est différente selon l'endroit où il se trouve (privé ou public), la vision globale change, ce qui a pour conséquence, une variabilité de rôles des infirmières de GMF qui amène une certaine difficulté à la collaboration avec les services spécialisés de deuxième ligne [Communication de l'information ; coordination des soins]. Dans cette étude, les

infirmières spécialisées de deuxième ligne étaient physiquement dans les GMF, ce qui aurait dû favoriser une complémentarité des rôles infirmiers afin de diminuer la duplication [Communication des informations ; coordination des soins]. Ce qui est ressortit fut minime au niveau de la collaboration et donc impossible de faire un portrait réel des rôles infirmiers [Communication de l'information]. Les GMF sont des lieux de première ligne. La Figure 3 présente la synthèse des rôles des infirmières de première et deuxième lignes obtenue dans cette étude tandis que la Figure 4 illustre les descriptions des rôles des infirmières de première et deuxième lignes qui sont ressorties lors de la compilation des résultats au cours de cette étude.

Figure 3 : Synthèse des rôles des infirmières de première et deuxième lignes

*Matrice question1: Quelles sont les rôles respectifs des infirmières de GMF et celles des services spécialisés en maladies chroniques?*

GMF 1 (Chicoutimi)		GMF 2 (Chicoutimi)	
INF GMF   <i>Mosaïque</i>	INF PR1MaC   <i>Mosaïque</i>	INF GMF   <i>Mosaïque</i>	INF PR1MaC   <i>Mosaïque</i>
Généraliste   Évaluation clinique: en cours d'évolution	Spécialiste   Évaluation clinique: initiale	Généraliste   Évaluation clinique: en cours d'évolution	Experte en MC   Évaluation clinique: initiale
Enseignement   Interventions cliniques relatives à la promotion et prévention	Complément d'intervention   Interventions cliniques relatives au processus thérapeutique	Prévention/Promotion santé   Interventions cliniques relatives à la promotion et prévention	Profondeur intervention   Interventions cliniques relatives au processus thérapeutique
Suivi MC/Continuité des soins   Continuité des soins, communication de l'information et coordination des soins	Collecte de données plus exhaustive   Évaluation clinique, évaluation initiale	Suivi de MC   Continuité des soins, communication de l'information et coordination des soins	Évaluation complète des besoins   Évaluation clinique, évaluation initiale
	Auto-prise en charge   Interventions cliniques relatives à la réadaptation	Rôle de pivot dans les interventions   Continuité des soins, communication de l'information et coordination des soins	Entrevue motivationnelle   Interventions cliniques relatives au processus thérapeutique
GMF 3 (Jonquière)		GMF 4 (Jonquière)	
INF GMF   <i>Mosaïque</i>	INF PR1MaC   <i>Mosaïque</i>	INF GMF   <i>Mosaïque</i>	INF PR1MaC   <i>Mosaïque</i>
Suivi MC   Continuité des soins, communication de l'information et coordination des soins	Spécialiste   Évaluation clinique: initiale	Généraliste   Évaluation clinique: en cours d'évolution	Profondeur des interventions   Interventions cliniques relatives au processus thérapeutique
	Profondeur des interventions   Interventions cliniques relatives au processus thérapeutique	Suivi MC   Continuité des soins, communication de l'information et coordination des soins	Évaluation complète des besoins soutenue par une équipe spécialiste   Évaluation clinique: initiale et continuité des soins, coordination
	Pivot de son équipe   Continuité des soins, coordination des soins et planification des soins	Approche pathologie par pathologie   Interventions cliniques relatives au processus thérapeutique	Entrevue motivationnelle   Interventions cliniques relatives au processus thérapeutique
	Entrevue motivationnelle   Interventions cliniques relatives au processus thérapeutique	Prévention/promotion de la santé   Interventions cliniques relatives à la promotion et prévention	
	Évaluation complète des besoins   Évaluation clinique: initiale		

Figure 4 : Rôles communs des infirmières

Matrice question1: Quelles sont les rôles respectifs des infirmières de GMF et celles des services spécialisés en maladies chroniques?

Rôles selon Mosaïque des compétences:

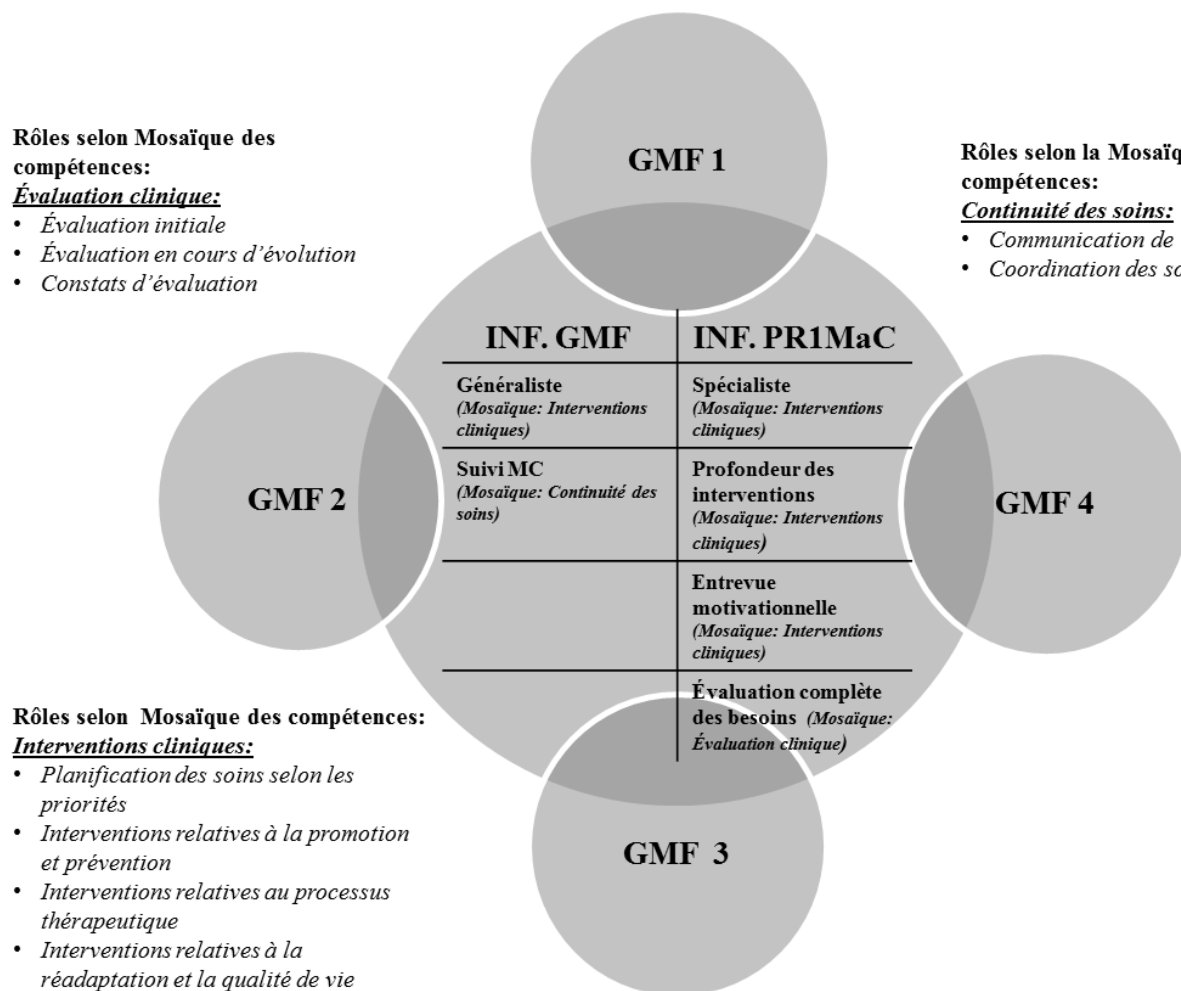
Évaluation clinique:

- Évaluation initiale
- Évaluation en cours d'évolution
- Constats d'évaluation

Rôles selon la Mosaïque des compétences:

Continuité des soins:

- Communication de l'information
- Coordination des soins



## **Deuxième question de recherche**

*Quels ont été les impacts perçus du projet PR1MaC par les infirmières de GMF au niveau de leurs rôles?* Le fait d'avoir des ressources supplémentaires a allégé une partie du travail de l'infirmière de GMF au niveau de la gestion des personnes atteintes de MC [Coordination des soins]. L'accessibilité rapide à des services de deuxième ligne fut également perçue comme un élément positif. Le fait que les infirmières PR1MaC avaient reçu, au préalable, une formation au niveau de l'entrevue motivationnelle, fut perçu positivement de la part des infirmières de GMF car cela facilitait l'adhérence et la motivation aux changements de comportements de santé chez la personne atteinte de MC [Planification des soins et établissement des priorités]. Le concept d'autogestion de la MC fut également un avantage pour les personnes ainsi que pour le suivi continu qui sera assuré par l'infirmière de GMF [Évaluation en cours d'évolution].

Les impacts négatifs furent perçus en ce qui concerne le chevauchement des rôles des infirmières de GMF et celles de PR1MaC. Comme aucun cadre n'est établi pour le rôle des infirmières de GMF, celle-ci s'est attribué un rôle de pivot au niveau des personnes atteintes de MC [Communication de l'information ; coordination des soins]. Les infirmières de GMF agissent comme pivot au niveau des liens entre les différents intervenants (médecin, organismes communautaires...), ce qui causait un dédoublement au niveau des rôles lorsque le projet PR1MaC a été déployé en première ligne (dans les GMF) [Coordination des soins]. Dans le projet PR1MaC, le rôle de coordonnatrice pivot était attribué à l'infirmière PR1MaC [Coordination des soins]. Au niveau de l'évaluation, de la promotion, de la prévention et de l'enseignement, l'infirmière de GMF faisait un suivi avec

les personnes atteintes de MC et ce en collaboration avec le médecin traitant [Évaluation initiale et en cours d'évolution ; interventions relatives à la promotion de la santé et promotion]. Outre le chevauchement des rôles, le fait que les infirmières de GMF n'étaient pas au courant du suivi des personnes fut énuméré comme négatif, du fait qu'elles ne savaient pas quand se terminait le suivi avec l'infirmière PR1MaC et les objectifs entrepris [Communication de l'information]. La Figure 5 représente les impacts positifs et négatifs perçus des infirmières des quatre GMF quant au déploiement du projet PR1MaC dans leur milieu. La Figure 6 et la Figure 7 démontrent les impacts des rôles infirmiers en première et deuxième lignes ainsi que les liens de collaboration intraprofessionnelle, et ce, de la perspective des gestionnaires de première et deuxième lignes de chaque territoire (Chicoutimi et Jonquière).

Figure 5 : Impacts positifs et négatifs

*Matrice question 2: Quels ont été les impacts perçus du projet PR1MaC par les infirmières de GMF au niveau de leurs rôles ?*

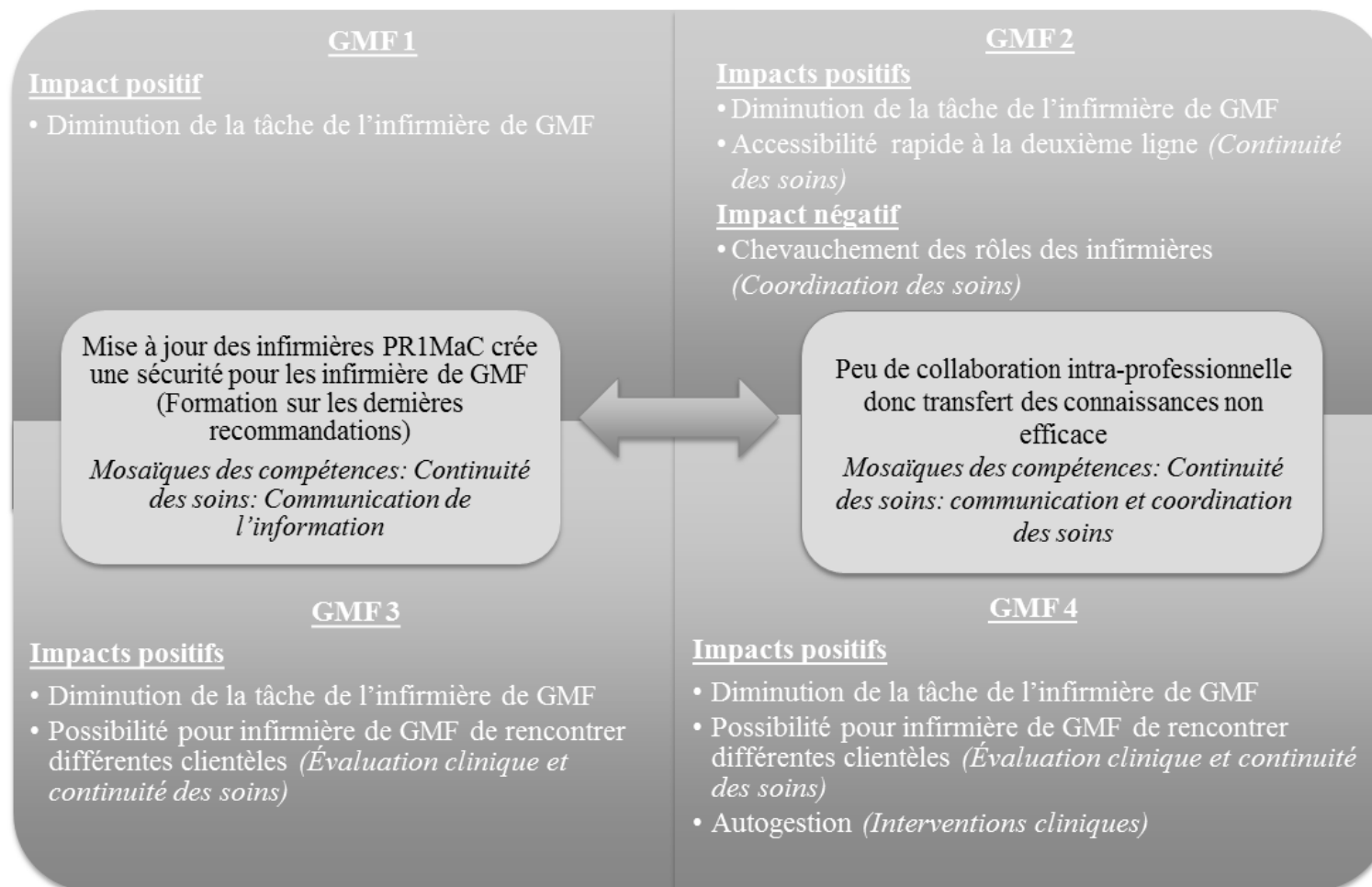




Figure 6 : Deuxième niveau d'analyse des questionnaires de première, deuxième ligne, secteur Chicoutimi

*Matrice question 2: Quels ont été les impacts perçus du projet PR1MaC par les infirmières de GMF au niveau de leurs rôles ?*

**Constats:**

1. *Rôle des infirmières qui diffère*
2. *Rôle des infirmières évolutif selon la date d'implantation*
3. *Difficulté à établir des corridors de services entre la première et deuxième lignes*

**INF. de GMF**

- Rôle généraliste
- Rôle rigide

**INF. PR1MaC**

- Rôle de spécialiste
- Évaluation des besoins complexes et fixation des objectifs prioritaires
- Approche motivationnelle (entrevue)
- Promotion/prévention (facteurs de risque)

*Peu de collaboration intraprofessionnelle entre les lignes de services ce qui augmente le % de client qui pourrait être repris en charge en première ligne*

Figure 7 : Deuxième niveau d'analyse des questionnaires de première, deuxième ligne, secteur Jonquière

*Matrice question 2: Quels ont été les impacts perçus du projet PR1MaC par les infirmières de GMF au niveau de leurs rôles ?*

**Constats:**

1. *Esprit d'équipe de PR1MaC*
2. *Rôle de l'infirmière au niveau des RDV de l'équipe*
3. *Création d'un lien de confiance entre l'infirmière PR1MaC et la deuxième ligne*
4. *Les experts de deuxième ligne aurait aimé être consultés pour la création des outils*

**INF. de GMF**

- Rôle généraliste
- Suivi de MC

**INF. PR1MaC**

- Rôle de spécialiste
- Intervenant pivot
- Approche motivationnelle (entrevue)
- Promotion/prévention (facteurs de risques)

*Peu de collaboration intraprofessionnelle  
entre les lignes de services*

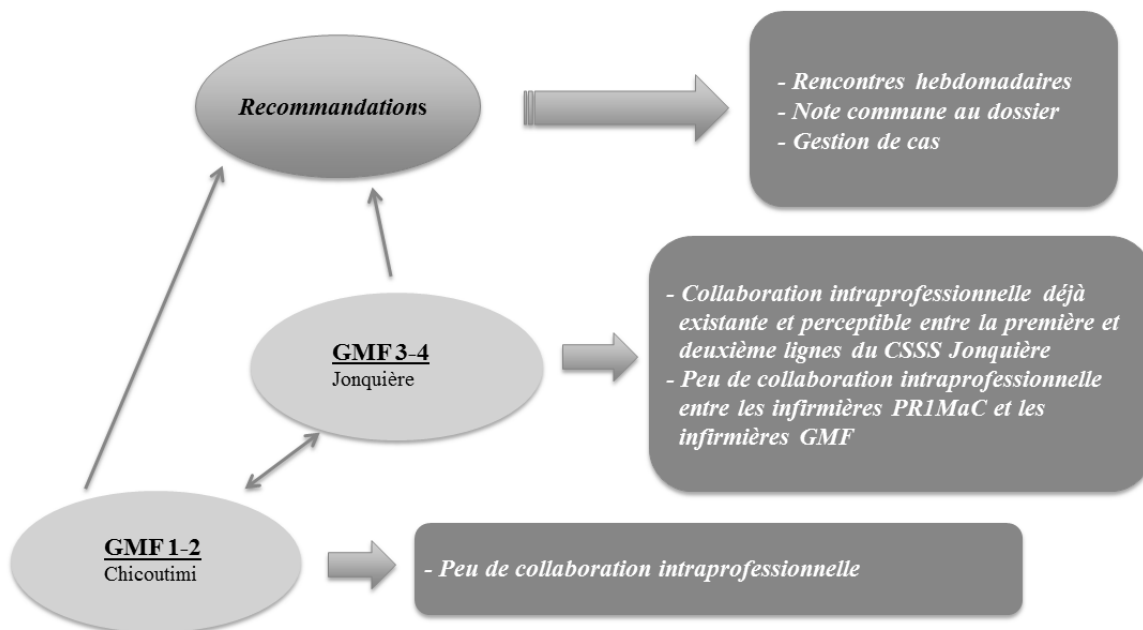
### Troisième et quatrième questions de recherche

*Dans le contexte de réorganisation des services, quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la collaboration intraprofessionnelle et quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la communication de l'information, la coordination et de la continuité des services?* Il n'y a pas eu d'interaction significative entre les infirmières PR1MaC et les infirmières de GMF. On ne peut donc pas parler de collaboration intraprofessionnelle [Communication de l'information]. Même si les lieux de pratique favorisaient ces échanges, les discussions n'ont pas eu lieu. Les dossiers demeuraient la source de données cliniques mais les volumineuses collectes d'information ne permettaient pas à l'équipe de première ligne de scinder rapidement l'information pertinente [Communication de l'information].

Les recommandations demeurent de base soit qu'il y ait des moments bien précis afin de favoriser les échanges et de favoriser l'autogestion des MC [Communication de l'information]. Le partage des outils a été également soulevé afin que toutes les infirmières (première et deuxième lignes) utilisent les mêmes outils d'évaluation et de suivi. La **Figure 8** illustre les observations et les recommandations en lien avec la collaboration intraprofessionnelle des infirmières de première et deuxième lignes.

**Figure 8 : Observations et recommandations en lien avec la collaboration**

*Matrice question 3: Dans le contexte de réorganisation des services, quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la collaboration intraprofessionnelle?*



**Synthèse inter-cas (premier niveau d'imbrication).** Gestionnaires premières, deuxième lignes et coordonnatrice des deux territoires

La collaboration intraprofessionnelle au niveau de la première et deuxième lignes est plus développée à Jonquière qu'à Chicoutimi. Le CSSS de Jonquière est de dimension plus petite et les lignes de services ont été développées ainsi plus facilement [Communication de l'information]. Le fait que les intervenants se connaissent est un atout considérable pour la collaboration intraprofessionnelle. Du côté du territoire de Chicoutimi, il n'y a pas de processus clair qui a été établi concernant la collaboration intraprofessionnelle entre les différentes lignes de services [Communication de l'information]. La gestion du nombre de demandes de personnes atteintes de MC, aux services de deuxième ligne, est énorme. Il est à noter que le CSSS de Chicoutimi est le centre régional.

Les systèmes de transmission de données n'ont pas été discutés au niveau des modes formels lorsque la personne est rencontrée par les services de deuxième ligne que ce soit sur l'un ou l'autre des territoires [Communication de l'information ; coordination des soins].

Au niveau du projet PR1MaC, les services déployés dans les services de première ligne (GMF) ont été plus collaboratifs au niveau de la collaboration intraprofessionnelle sur le territoire de Jonquière que de Chicoutimi [Communication de l'information]. Les infirmières PR1MaC et les infirmières de GMF de Jonquière ont eu des interactions de façon plus régulière selon les gestionnaires. Le fait que les liens sont déjà favorables entre la première et la deuxième ligne en est l'explication donnée par les gestionnaires de

Jonquière [Communication de l'information]. La Figure 9 démontre les observations et recommandations en lien à la coordination et la continuité des services.

Figure 9 : Observations et recommandations en lien à la coordination et la continuité des services

*Matrice question 4: Quelles ont été les observations et les recommandations en regard de la communication de l'information, la coordination et de la continuité des services?*

RECOMMANDATIONS	OBSERVATIONS
<b>Premier niveau d'analyse GMF 1, 2, 3 et 4</b>	
Créer un lien entre tous les intervenants avant le déploiement des services	Continuité des soins déficiente: aucune note de fin de suivi par les infirmières PR1MaC
Réunion d'équipe mensuelle	Infirmières de GMF non avisée du début ou de la fin des interventions par l'équipe PR1MaC
Retour direct de l'équipe PR1MaC pour optimiser la gestion des cas	
Partage d'objectifs clairs	
Favoriser un continuum plus fluide, créer des arrimages	Infirmières de GMF, pivot dans les services
<b>Deuxième niveau d'analyse, gestionnaire de première et deuxième ligne</b>	
Solliciter, interpeller les gestionnaires de première et deuxième lignes pour augmenter l'interdisciplinarité	Divergence actuelle entre les deux lignes de services
	Restructuration active des médecins de première ligne
	Positif pour la clientèle qui ne désirait pas se rendre dans les services de deuxième ligne car PR1MaC était dans la clinique médicale

## CHAPITRE 5 : DISCUSSION



## Discussion

Ce dernier chapitre présente la discussion des résultats, la pertinence du cadre de référence, les limites et les recommandations pertinentes pour des études ultérieures. Ce dernier chapitre présente dans un premier temps un aperçu des principaux résultats obtenus dans cette étude.

Les principaux constats de cette étude sont que les infirmières en GMF sont beaucoup plus généralistes que les infirmières spécialistes qui axent davantage leurs enseignements de façon plus approfondie tel que cela a été observé par Beaulieu (Marie Dominique Beaulieu et al., 2006). Cela fait référence à diverses compétences de la Mosaïque des compétences, soit les interventions cliniques d'évaluation initiale, d'évaluation continue et les interventions relatives à la promotion et à la prévention qui diffèrent selon l'endroit où exerce l'infirmière. Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières sont décrits en termes généraux, de façon non précise; c'est pourquoi il est important de cerner la nature et la finalité des compétences. Les principales activités professionnelles sont balisées à l'intérieur de la Mosaïque des compétences quoique ce sont des rôles larges et à définir selon les milieux où exercent les infirmières. L'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (2003) définit le champ d'exercice de la profession infirmière comme suit :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatif ».

À l'instar de la profession médicale, le champ d'exercice de la profession infirmière est défini de façon très large et comporte un spectre d'interventions des plus étendus au niveau de tous les professionnels de santé qui existent (Poitras, 2010). Il est axé sur l'évaluation de l'état de santé et sur la prestation des soins et des traitements (Office des professions du Québec, 2005, 2013). Il couvre un vaste champ d'activités, allant de l'aspect préventif au volet curatif, en incluant la réadaptation et les soins palliatifs. De plus, il favorise l'émergence des nouveaux rôles infirmiers en ce qui a trait à la prise en charge globale des personnes atteintes de multimorbidité (Office des professions du Québec, 2005); une bonification de la Mosaïque des compétences afin de bien définir ces rôles émergents apparaît nécessaire. Les rôles des infirmières ne permettent aucune limitation de clientèles, de domaines ou de lieux de pratique, ce qui augmente la complexité des savoirs (OIIQ, 2003). Ce champ d'exercice et les activités réservées qui en découlent, témoignent du rôle accru des infirmières en matière de soins de santé. Ils leur donnent une plus grande autonomie et reconnaissent leur jugement clinique, notamment dans l'évaluation de l'état de santé. Un amendement à la loi sur les infirmières et les infirmiers en 2012 a intégré la dimension « rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement » (Assemblée nationale, 2002; Office des professions du Québec, 2013).

Plusieurs remaniements au niveau de la profession infirmière amènent des questionnements au niveau des rôles en première et deuxième lignes. Le contexte actuel de santé amène à entrevoir une vision plus globale de l'état de santé des personnes et d'augmenter les rôles et responsabilité des infirmières (OIIQ, 2003). Dans ce projet, la description des rôles infirmiers qui n'a pas été clairement établie a favorisé le

chevauchement des pratiques. Ce chevauchement de rôle est une contrainte au développement de la collaboration intraprofessionnelle (Benshila, 2014; Mueller et al., 2015b). En effet, les infirmières de première et deuxième lignes étant peu informées des rôles de chacune, cela a favorisé la fragmentation des soins et l'augmentation du dédoublement des interventions (Benshila, 2014; Poitras, 2013) des infirmières de GMF et celles de PR1MaC.

Le projet PR1MaC avait pour but de déployer des services spécialisés de deuxième ligne dans les milieux de première ligne soit les GMF en mettant en place une intervention qui avait pour but de favoriser la collaboration intraprofessionnelle et d'adapter une intégration des services déjà existants de la Trajectoire des MC du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean (Chaire de recherche appliquée des IRSC sur les services et politiques de santé en maladies chroniques en soins de première ligne, 2011). Les nouvelles orientations et les nombreux changements dans le système de santé québécois qui amènent à repenser le système de gestion des MC a augmenté l'ampleur de ce projet afin de favoriser un rapprochement entre les intervenants puisque les services étaient physiquement offerts dans les GMF (Dubé et al., 2012). Par contre, la structure existante des GMF comprend déjà des infirmières dont les rôles sont variables et très larges (Poitras, 2013). L'infirmière était la pivot dans l'équipe d'intervenants PR1MaC, ce qui a apporté certains impacts négatifs par rapport au rôle non défini des infirmières de GMF (Chaire de recherche appliquée des IRSC sur les services et politiques de santé en maladies chroniques en soins de première ligne, 2011; Poitras, 2013).

Le but initial de l'étude PR1MaC était d'amender les services de première ligne existants et non d'effectuer des dédoublements aux services déjà existants soit la Trajectoires des MC (M. Fortin et al., 2013). Donc, durant le déploiement de ces services, il y a eu une confusion quant au rôle de chacune et vers quels services les personnes devaient être référées. Les impacts au niveau des rôles des infirmières de première et deuxième lignes sont difficilement mesurables au niveau de la collaboration car les résultats démontrent qu'elle a été quasi-inexistante (Benshila, 2014; Edwin, 2010; Mueller et al., 2015a). En effet, cela a permis de pousser la réflexion afin d'optimiser cette collaboration intraprofessionnelle entre les infirmières qui est précieuse pour le suivi et la continuité des soins (Benshila, 2014).

Il y a eu quelques différences au niveau de la collaboration intraprofessionnelle lorsque l'on compare les deux territoires, soit celui de Chicoutimi et celui de Jonquière. Pour celui de Jonquière, il s'est avéré que les liens les unissant (première et deuxième lignes) étaient plus développés à la base par rapport aux divers corridors de services. Par contre, le projet n'a pas favorisé en soi la collaboration intraprofessionnelle entre les infirmières PR1MaC et celles de GMF, mais les outils ont été développés en collaboration avec la deuxième ligne existante au CSSS de Jonquière. En ce qui concerne le territoire de Chicoutimi, on a remarqué dans les résultats qu'il y avait des différences, quant aux rôles des infirmières, au niveau des interventions cliniques des deux GMF participants. Le GMF, ayant une mission universitaire s'est avéré plus performant quant au suivi des personnes atteintes de MC, les infirmières de ce GMF ont développé des systèmes de suivi efficaces des MC et sont considérées comme intervenantes pivots par leur équipe. Le suivi des

interventions effectuées par l'équipe de ce GMF se sont manifestées plus soutenues et complètes.

La collaboration intraprofessionnelle favoriserait l'excellence dans la pratique des soins en augmentant les initiatives de qualité en appliquant des politiques fondées sur les données probantes et en créant des liens entre les divers intervenants de deuxième ligne afin d'utiliser les dernières lignes directrices sur les pratiques exemplaires (Benshila, 2014; Donley et al., 2014). L'infirmière clinicienne en première ligne doit jouer un rôle de pivot dans la prestation des services de santé et dans l'amélioration de la santé des personnes (Poitras, 2013). Elle est une ressource tant au niveau de la prévention des événements indésirables ou des complications que de mobiliser les intervenants nécessaires pour répondre aux besoins de la personne (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007). Elle a un haut niveau d'éducation afin de pouvoir travailler auprès de personnes atteintes de MC et ainsi pouvoir gérer des situations cliniques complexes et ce, basé sur des données probantes (Dubé et al., 2012). Le rapprochement des services de première et deuxième lignes bonifierait le suivi de ces clientèles (personne avec MC) en les référant de façon adéquate. Cela favoriserait la prise en charge optimale des infirmières spécialisées afin de répondre aux besoins urgents et pouvoir gérer la phase aiguë de l'épisode de santé. Compte tenu que les infirmières en première ligne sont des intervenantes pivots qui accompagnent les personnes atteinte de MC tout au long du continuum de soins, il serait idéal que, dans le déploiement de services spécialisés, ces infirmières soient considérées comme coordonnatrices des services offerts aux personnes et que l'infirmière spécialisée intervienne de façon plus poussée, en fonction des besoins de ces personnes. Celle-ci

utiliserait des méthodes différentes d'intervention soit au niveau de l'entrevue motivationnelle, de l'enseignement et du soutien à l'autogestion pour des conditions de santé particulières et plus complexes tout en assurant une interaction et une collaboration intraprofessionnelle avec l'infirmière de première ligne. Toute cette démarche serait faite dans l'intérêt des personnes et cela optimiserait l'efficacité des services.

Les recommandations sont donc d'augmenter la collaboration intraprofessionnelle en mettant en place des politiques qui contribuent à améliorer le contexte de travail de l'infirmière clinicienne en première ligne (Benshila, 2014; DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; Poitras, 2013). Il faut stabiliser les équipes afin d'obtenir un solide leadership en matière de soins de première ligne ce qui pourrait améliorer les résultats aux personnes atteintes de MC et qui permettrait d'accroître l'expertise et la crédibilité des infirmières en première ligne. En uniformisant les rôles des infirmières en première ligne, cela faciliterait l'accès au réseau de services existant dans les CISSS et les CIUSSS (Poitras, 2013). La gestion de cas a relevé des données intéressantes par rapport à l'accroissement de la collaboration intraprofessionnelle (Chouinard et Hudon, 2015).

D'où l'importance de bien délimiter les champs d'exercice de chacune des catégories d'infirmières, ce qui permettra une meilleure prise en charge et une meilleure utilisation des ressources (Benshila, 2014). Les soins de première ligne ainsi que la gouvernance clinique des CISSS et des CIUSSS émettent une volonté d'accroître la responsabilisation face à la gestion de la qualité et l'utilisation adéquate des ressources dans les MC (Dubé et al., 2012). Une meilleure organisation amène une intégration réussie au niveau de la coordination des services et de la continuité des soins. En outre, les

gestionnaires se responsabilisent afin d'optimiser les ressources et tenter certains arrimages afin d'augmenter l'efficacité organisationnelle. En favorisant ces rapprochements et en tentant d'uniformiser les pratiques, cela facilitera les liens entre la première et la deuxième ligne. Le suivi des personnes atteintes de MC doit reposer sur une approche interdisciplinaire qui optimisera les résultats et permettra de bien répondre aux besoins de chaque personne (Dubé et al., 2012).

### **Pertinence du cadre de référence**

Le cadre de référence est utile pour guider l'étude et déterminer les liens entre les concepts évalués. Dans ce sens, la Mosaïque des compétences a contribué à élaborer les guides d'entrevues destinés aux infirmières afin de faire des liens entre les composantes et pouvoir ainsi explorer les rôles actuels dans la pratique infirmière de première et deuxième lignes. La Mosaïque des compétences infirmières est considérée comme une assise de la profession infirmière. Chaque dimension correspond à l'interaction d'un champ de savoirs de la composante fonctionnelle avec les différentes dimensions de l'exercice de la composante professionnelle dans l'ensemble des situations cliniques de la composante contextuelle. La composante professionnelle a été utilisée car elle est définie en fonction des éléments d'exercice décrits dans le document *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière* (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007). La loi sur les infirmières et les infirmiers a amené des redéfinitions au niveau des dimensions professionnelles relatives à l'évaluation clinique et à la coordination des soins qui reflètent davantage la collaboration interprofessionnelle (Leprohon, Lessard, Levesque-Barbès, & Bellavance, 2009). L'analyse des rôles des infirmières a été élaborée selon cette

composante mais plus particulièrement à la composante reliée à la description des rôles ainsi que des interactions entre les différents types d'infirmières (collaboration intraprofessionnelle) :

- Évaluation clinique : rôle d'évaluation initiale; évaluation clinique : rôle de suivi;  
Intervention clinique : planification des soins et établissement des priorités;  
Intervention clinique : interventions relatives à la promotion et la prévention;  
Continuité des soins : communication interprofessionnelle; Continuité des soins, coordination des soins

Le cadre théorique a permis de statuer sur les rôles et de pouvoir faire l'analyse selon les dispositions décrites par l'OIIQ.

### **Limites de l'étude**

Cette étude présente différentes limites. D'abord, puisqu'il s'agissait d'une analyse secondaire des données du projet PR1MaC, il n'était pas impossible de faire des amendements au guide d'entrevue pendant la collecte des données. Ensuite, les résultats représentent la perception des infirmières et des gestionnaires qui ont participé aux entrevues. La perception de la clientèle, des équipes médicales et des autres professionnels travaillant dans les GMF participants aurait ajouté un éclairage différent sur les résultats. Les données proviennent également d'une seule source de données, soit les entrevues. Une triangulation avec d'autres sources de données comme l'observation participante par exemple aurait pu mener à des résultats différents.



De plus, il aurait été intéressant de valider les résultats auprès des participantes infirmières. Finalement, le choix d'un modèle conceptuel sur la collaboration professionnelle aurait pu faciliter l'analyse et l'interprétation des données. Par contre, nous avons choisi un modèle plus spécifique sur les rôles de l'infirmière (Mosaïque des compétences), modèle auquel nous nous sommes référés tout au long de l'analyse.

### **Retombées de l'étude**

Les retombées prévues se situent au niveau de la délimitation des rôles des infirmières en première et deuxième lignes, ce qui pourrait aider à la réorganisation des soins qui se vit actuellement au niveau des CISSS et des CIUSSS du Québec. Les liens entre la première et deuxième lignes seraient optimaux afin de ne pas faire de dédoublement de rôles dans un contexte de pénurie de ressources. Les personnes auraient une meilleure prise en charge au niveau de leur santé et seraient dirigées vers le bon service plus rapidement. Finalement, l'adoption d'une uniformité des rôles des infirmières dans les GMF permettra une uniformité entre les services de première et deuxième lignes dans tous les GMF. Les MC étant en évolution, elles font donc partie de la pratique courante de toutes les infirmières en GMF. Le rôle des infirmières en première ligne doit être bonifié afin que ces compétences soient conformes au cadre de pratique avancée (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2008). L'infirmière doit avoir une pratique professionnelle autonome qui utilise des jugements cliniques avancés pour évaluer les personnes atteintes de MC et ainsi en cibler les interventions selon le besoin de la personne. Elle doit avoir des connaissances, des capacités avancées et expertes afin d'établir, de

coordonner et d'évaluer un plan de soins individualisés et ce dans des situations cliniques complexes tel que les MC, afin d'optimiser la promotion de la santé et la qualité de vie des personnes.

Pour déployer des services de deuxième ligne dans les GMF, il serait nécessaire : 1) de bien délimiter le rôle de chaque intervenant, 2) de créer des moments pré définis dans l'horaire de chaque intervenant afin de favoriser les échanges interprofessionnels, 3) de rendre les outils disponibles afin de travailler sur les mêmes objectifs, 4) de favoriser la gestion de cas afin qu'il y ait des plans d'intervention communs à tous les intervenants et 5) d'établir qu'un intervenant du groupe soit nommé dans un rôle de pivot afin qu'il puisse avoir une vision globale et assure la continuité des soins.

## CONCLUSION

L'évolution des MC au sein de la société pousse à revoir les services déjà existants. Les objectifs poursuivis consistent à ce que les équipes de soins soient en mesure d'offrir les services que requiert l'état de santé de la personne, d'éviter les prestations de soins non nécessaires et de favoriser l'autogestion de sa santé. Pour ce faire, il faut que les rôles des infirmières soient bien délimités afin que les services se dispensent dans un continuum de soins. Les services de première, deuxième et troisième ligne doivent être définis afin qu'il y ait des liens entre les services et ce, dans l'optique de diminuer la duplication des rôles et d'assurer une prise en charge des MC de façon adéquate. Il faut émettre des recommandations afin d'instaurer de façon concrète des moments bien définis pour que tous les intervenants puissent se rencontrer afin de favoriser la collaboration intraprofessionnelle.

En conclusion, la collaboration intraprofessionnelle n'a pas ressorti dans cette étude, les infirmières de première (GMF) et deuxième lignes (PR1MaC) n'ont pas eu les interactions souhaitées afin de favoriser les interventions cliniques et la continuité des soins des personnes atteintes de MC. Les principales recommandations sont de bien clarifier et ce dès le départ, le rôle de chaque infirmière et l'importance que celles-ci se rencontrent fréquemment au début afin de créer des liens. Il doit y avoir des moments prédéfinis dans les horaires afin d'assurer la continuité des soins et ainsi pouvoir intervenir sur des objectifs communs.

## RÉFÉRENCES

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2010). *Évaluation de l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF) et des cliniques-réseaux (CR)*. (pp. 34). Montreal: Gouvernement du Québec.
- Allen, D. (2004). Re-reading nursing and re-writing practice: Towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *Nursing Inquiry*, 11(4), 271-283
- Assemblée nationale. (2002). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. (pp. 20). Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *La pratique avancée: un cadre national*. Ottawa.
- Beaulieu, M. D. (2012). *Facteurs organisationnels qui soutiennent des pratiques cliniques de qualité en première ligne: résultats d'une étude québécoise*. Montréal: Chaire Docteur Sadok Besrour en médecine familiale, Université de Montréal.
- Beaulieu, M. D., Denis, J.-L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É., ... Guay, H. (2006). *L'implantation des groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle* (Vol. 27). Montréal.
- Bélanger, A., Cliche, N., Lemieux, V., Paquet, M.-J., Barbeau, C., & Drouin, M. (2012). *La prévention et la gestion des maladies chroniques, une priorité pour le réseau montréalais : modèle montréalais et plan d'action 2011-2015*. Montréal (Québec): Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Benshila, Z. (2014). *Recension intégrative des écrits sur la collaboration entre l'infirmière praticienne spécialisée et l'infirmière clinicienne en soins de première ligne*. Montréal: Université de Montréal.
- Bodenheimer, T. (1999). Disease management, promises and pitfalls. *The New England Journal of Medicine*, 340(15), 1202-1205.
- Broemeling, A. M., Watson, D. E., & Prebtani, F. (2008). Population patterns of chronic health conditions, co-morbidity and healthcare use in Canada: Implications for policy and practice. *Healthcare Quarterly*, 11(3), 70-76.
- Cardinal, L., Massé, R., Gilbert, L., Hamel, M., & Allain, C. (2003). *Programme national de santé publique, 2003-2012*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications.

- Careau, E. (2013). *Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipes interdisciplinaires*. Dans C. Vincent, & B. Swaine (Éds.). Québec: Université Laval.
- Cazale, L., & Dumitru, V. (2008). Les maladies chroniques au Québec: quelques faits marquants: série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. *Zoom santé*
- Chaire de recherche appliquée des IRSC sur les services et politiques de santé en maladies chroniques en soins de première ligne. (2011). *Primactualité : le bulletin virtuel du programme de réadaptation intégrée en 1re ligne pour les maladies chroniques. Primactualité, 1(1)*.
- Clair, M. (2000). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*. Québec: Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
- Colloque des CII-CIR. (2008). *Pénurie infirmière : l'urgence de mieux utiliser les compétences professionnelles* (pp. 108). Québec: Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
- Comité consultatif sur la santé de la population. (2002). *Mettre de l'avant des stratégies intégrées de prévention au Canada : une façon de réduire le fardeau des maladies chroniques* [Document de travail]. Ottawa: Auteur.
- Conseil canadien de la santé. (2012). *Soutien à l'autogestion pour les Canadiens atteints de maladies chroniques : point de mire sur les soins de santé primaires*. Toronto: Conseil canadien de la santé.
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. (2010). *Énoncé de politique des trois conseils éthique de la recherche avec des êtres humains* (2e éd.). Ottawa: Instituts de recherche en santé du Canada.
- Contandriopoulos, A.-P. (1990). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Corser, W. D. (2011). Increasing Primary Care Comorbidity: A Conceptual Research and Practice Framework. *Research & Theory for Nursing Practice, 25(4)*, 238-251 214p.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Montréal: Bibliothèque nationale du Canada.

- D'Amour, D., Goudreau, J., Hudon, E., Beaulieu, M.-D., Lamothe, L., Jobin, G., & Gilbert, F. (2008). La discussion de cas infirmière, médecin, une pratique essentielle en première ligne. *Perspective infirmière : revue officielle de l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 5(7), 4.
- D'Amour, D. (2001). Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(1), 136-145.
- D'Amour, D., Tremblay, D., & Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50(2), 301-320.
- DiCenso, A., & Bryant-Lukosius, D. (2010). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes du Canada: Synthèse d'aide à la décision*. Ottawa.
- DiMatteo, M. R., Giordani, P. J., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: A meta-analysis. *Medical Care*, 40(9), 794-811.
- Donley, R., Flaherty, M. J., Sarsfield, E., Burkhard, A., O'Brien, S., & Anderson, K. M. (2014). Graduate clinical nurse preceptors: Implications for improved intra-professional collaboration. *Journal of Issues in Nursing*, 19(3).
- Dorr, D. A., Wilcox, A., Burns, L., Brunner, C. P., Narus, S. P., & Clayton, P. D. (2006). Implementing a multidisease chronic care model in primary care using people and technology. *Disease Management*, 9(1), 1-15.
- Dubé, F., Noreau, É., & Landry, G. (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Services de santé et médecine universitaire.
- Durand, S. (2013). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*. Montréal, Québec: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Edwin, C. H. (2010). Perceptions of ethical practices in Hong Kong public hospitals: Inter - and intra-professional similarities and differences. *Journal of Nursing Management*, 18, 746-756.
- Fiore, F. (2011). Groupe de médecine familiale de la Minganie. *Perspective infirmière*, 8(3), 18.



- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal, Québec: Chenelière Éducation.
- Fortin, M., Chouinard, M.-C., Bouhali, T., Dubois, M.-F., Gagnon, C., & Bélanger, M. (2013). Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care. *BMC Health Services Research*, 13, 132-132.
- Fortin, M., Lapointe, L., Hudon, C., & Vanasse, A. (2005). Multimorbidity is common to family practice: is it commonly researched? *Canadian Family Physician*, 51(2), 244-245.
- Gagnon, Y. C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche* (2). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Guthrie, B., Wyke, S., Gunn, J., Akker, J., V. D. , & Mercer, S. (2011). *Multimorbidity*. Europe: OECD Publishing.
- Hagan, L., Mathieu, L., Talbot, L., & Landry, M. (2006). Une communauté virtuelle peut-elle soutenir l'exercice infirmier en GMF (Groupe de Médecine de Famille). *Perspective infirmière*, 3(4), 19-26.
- Hamel, M., Poirier, A., & Maranda, M. A. (2005). *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : Produire la santé*. Québec: Santé et services sociaux Québec.
- Harvey, D., Hook, E., Kozyniak, J., & Selvanathan, M. (2002). *Building the case for the prevention of chronic disease*. Canada: University of Manitoba.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2013). *Qualitative research in nursing and healthcare* (3ième éd.). Oxford: John Wiley & Sons.
- La société de l'arthrite. (2013). *L'arthrite au Canada*. Québec: Service communautaire de recherche et d'évaluation sur l'arthrite.
- Lajeunesse, J. (2009). *La collaboration interprofessionnelle vers une transformation des pratiques au sein d'un GMF de deuxième vague*. Montréal: Université de Montréal.
- Lapierre, R., & Bouchard, C. (2002). *Trajectoire de services de réadaptation intégrés pour les maladies chroniques : profil des populations visées : région Saguenay - Lac-Saint-Jean*. Chicoutimi: Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay - Lac-Saint-Jean, Direction de la santé publique.

- Leech, J. A., Raizenne, M., & Gusdorf, J. (2004). Health in occupants of energy efficient new homes. *Indoor Air*, 14(3), 169-173.
- Leprohon, J., & Bellavance, M. (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales* (2e éd.). Westmount, Québec: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Leprohon, J., Lessard, L.-M., Levesque-Barbès, H., & Bellavance, M. (2009). *Mosaïques des compétences* (2 édition). Québec: Ordre des infirmiers et infirmières du Québec.
- Lévesque, J.-F. (2007). *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec barrières et éléments facilitants*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Lévesque, J.-F. (2010a). *Rapport d'appréciation de la performance du système de la santé et de services d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 : adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications* (Vol. 4). Québec: Commissaire à la santé et au bien-être.
- Lévesque, J.-F. (2010b). *Rapport d'appréciation de la performance du système de la santé et de services d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 : état de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et de services sociaux* (Vol. 2). Québec: Commissaire à la santé et au bien-être.
- Livingston, R., & Dunning, T. (2010). Practice nurses' role and knowledge about diabetes management within rural and remote Australian general practices. *European Diabetes Nursing*, 7(2), 55-62 58p.
- Macdonald, W., Rogers, A., Blakeman, T., & Bower, P. (2008). Practice nurses and the facilitation of self-management in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 191-199.
- Martin, C., & Sturmberg, J. (2009). Complex adaptive chronic care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(3), 571-577.
- McGhee, G., & Murphy, E. (2010). Research on reducing hospitalizations in patients with chronic heart failure. *Home Healthcare Nurse*, 28(6), 335-340.
- Mercier, C. (2007, 18 mai 2007). *Les nouveaux rôles des infirmières cliniciennes et praticiennes dans le suivi des clientèles*. Communication présentée au Colloque du département régional de médecine générale, Boucherville, Québec.

- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes* (2 éd.). Paris: De Boeck Supérieur.
- Ministère de la Santé et des services sociaux. (2002). *Le groupe de médecine de famille: un atout pour le patient et son médecin*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à <http://www.csss.qc.ca/fr/emplois/examens-preparatoires-gmf-crq/guide-d-accompagnement-devenir-un-groupe-de-medecine-de-famille-gmf.download>
- Mireau, J., Gaudreault, N., & Laframboise, F. (2011). De la maladie chronique à une population en santé. *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 7(3).
- Moore, J., & McQuestion, M. (2012). The clinical nurse specialist in chronic diseases. *Clinical Nurse Specialist : The Journal for Advanced Nursing Practice*, 26(3), 149-163.
- Mueller, C. A., Tetzlaff, B., Theile, G., Fleischmann, N., Cavazzini, C., Geister, C., ... Hummers-Pradier, E. (2015a). Interprofessional collaboration and communication in nursing homes: a qualitative exploration of problems in medical care for nursing home residents - study protocol. *J Adv Nurs*, 71(2), 451-457. doi: 10.1111/jan.12545
- Mueller, C. A., Tetzlaff, B., Theile, G., Fleischmann, N., Cavazzini, C., Geister, C., ... Hummers-Pradier, E. (2015b). Interprofessional collaboration and communication in nursing homes: A qualitative exploration of problems in medical care for nursing home residents - study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 451-457. doi: 10.1111/jan.12545
- Nutting, P. A., Goodwin, M. A., Flocke, S. A., Zyzanski, S. J., & Stange, K. C. (2003). Continuity of primary care : To whom does it matter and when? *The Annals of Family Medicine*, 1(3), 149-155.
- Oandasan, I. F., Hammond, M., Conn, L. G., Callahan, S., Gallinaro, A., & Moaveni, A. (2010). Family practice registered nurses : The time has come. *Canadian Family Physician*, 56(10), e375-e382.
- Office des professions du Québec. (2005). *Partageons nos compétences : modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines : rapport*. Québec: Office des professions du Québec.
- Office des professions du Québec. (2013). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Québec: Office des professions du Québec.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers des choix à faire de toute urgence!*. Westmount, Québec: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins.* (pp. 8). Montréal, Québec: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, & Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. (2005). *Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles des infirmières et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables.* Montréal: Gouvernement du Québec.
- Ordre national des infirmiers. (2010). *Maladies chroniques, expertises infirmières* Paris: Ordre national des infirmiers.
- Organisation mondiale de la santé. (2003). *Des soins novateurs pour les affections chroniques.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2006). *Prévention des maladies chroniques: un investissement vital.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé. Repéré à [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/062047\\_OMS\\_Rap\\_NMH.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/062047_OMS_Rap_NMH.pdf)
- Organisation mondiale de la santé. (2011). *Non communicable disease (NCD) profile.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé. Repéré à [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458_eng.pdf)
- Organisation mondiale de la santé., & Nations Unies Fonds Pour l'Enfance. (1978). *Les soins de sante primaires : rapport conjoint de l'organisation mondiale de la sante et du fonds des nations unies pour l'enfance.* Genève: Organisation Mondiale de la Sante.
- Pelletier, F. (2008). *L'activité infirmière dans deux groupes de médecine de famille de la région de Québec.* Université Laval, Québec.
- Pineault, R., Provost, S., Hamel, M., Couture, A., & Levesque, J. (2011). L'influence des modèles d'organisation de soins de santé primaires sur l'expérience de soins de patients atteints de différentes maladies chroniques. *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 31(3), 120-132.
- Poitras, M.-È. (2013). *Mieux connaître le rôle des infirmières : un besoin urgent.* Québec: Université de Sherbrooke Repéré à

<https://www.usherbrooke.ca/medias/nouvelles/recherche/recherche-details/article/21648/>

- Roberge, D., Pineault, R., Hamel, M., Borgès Da Silva, R., Cazale, L., Levesque, J.-F., & Ouellet, D. (2007). *L'accessibilité et la continuité des services de santé: une étude sur la première ligne au Québec. Rapport méthodologique de l'analyse des contextes*. Montréal: Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal–Direction de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.
- Roy, D., & Sylvain, H. (2004). La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité. *Perspective infirmière*, 2(1), 17-26.
- Russell, G. M., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Muldoon, L., & Tuna, M. (2009). Managing chronic disease in Ontario primary care : The impact of organizational factors. *The Annals of Family Medicine*, 7(4), 309-318.
- Shigaki, C. L., Moore, C., Wakefield, B., Campbell, J., & LeMaster, J. (2010). Nurse partners in chronic illness care: Patients' perceptions and their implications for nursing leadership. *Nursing Administration Quarterly*, 34(2), 130-140.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., & Mitchell, J. B. (1996). Remaking health care in America. *Hosp Health Netw*, 70(6), 43-44, 46, 48.
- Starfield, B. (1998). *Primary care : Balancing health needs, services, and technology*. USA: Oxford University Press.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.
- Wagner, E. H. (2001). Meeting the needs of chronically ill people: Socioeconomic factors, disabilities, and comorbid conditions are obstacles. *BMJ: British Medical Journal*, 323(7319), 945.
- Watts, S. A., Gee, J., O'Day, M. E., Schaub, K., Lawrence, R., Aron, D., & Kirsh, S. (2009). Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care : The unique strengths of nurse practitioners applied to shared medical appointments/group visits. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(3), 167-172.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods*. Hamilton, Ontario: SAGE Publications.

## APPENDICE A

## **Projet de recherche PR1MaC**

Adaptation, implantation et évaluation d'une intervention d'intégration  
des services de réadaptation en maladies chroniques aux soins de première ligne

---

### **GUIDE D'ENTREVUE ENTREVUE INDIVIDUELLE POUR LES INFIRMIÈRES DE GMF APRÈS L'INTERVENTION**

**(Opinion sur le processus d'implantation, description des effets sur les intervenants/organisations, identification des obstacles et éléments favorables, satisfaction en regard de l'intervention)**

1. Quelle est votre opinion concernant le déroulement du projet PR1MaC ?
  - Amener la participante à répondre à la question selon les différentes phases du projet :
    - au début de l'implantation (déroulement de l'implantation – vécu) ;  
[Leur demander comment cela s'est passé au début, quand le projet leur a été présenté, aussi quand l'équipe de professionnelles PR1MaC a commencé à travailler avec les gens de la trajectoire, puis quand les services ont commencé.]
    - lors de l'intervention ;
    - après l'intervention.
2. Pouvez-vous identifier des éléments qui ont nui à l'implantation du projet ou au projet (obstacles) ? Qui ont facilité l'implantation du projet ou le projet (facilitateurs) ?
  - Facteurs organisationnels ? Facteurs intervenantes PR1MaC ? Facteurs patients ?
3. Selon vous, comment vos collègues ont-ils perçu le projet PR1MaC ?
4. Sur quelle base avez-vous décidé de référer vos patients au projet PR1MaC plutôt que de les référer aux services spécialisés en maladies chroniques ou de faire vous-même le suivi de ces patients ?
  - Quels avantages y voyiez-vous pour vos patients ? Pour vous ?
5. Comment se sont déroulées vos discussions avec vos patients lorsque vous leur avez proposé de participer au projet PR1MaC ?
  - De façon générale, y a-t-il eu consensus entre vos patients et vous lors de la sélection des services dans le cadre du projet PR1MaC ?

6. Comment avez-vous perçu le rôle des intervenantes du projet PR1MaC (infirmière, infirmière CAT, nutritionniste, kinésiologue et inhalothérapeute) ?
7. Comment se sont déroulées vos interactions dans le cadre du projet PR1MaC ?
  - Avec les membres de l'équipe clinique PR1MaC (intervenantes et coordonnatrice clinique).
  - Avec les membres de l'équipe de recherche PR1MaC (chercheurs, coordonnateur de recherche, agent de recherche).
  - Avec votre gestionnaire de 1<sup>re</sup> ligne.
  - Entre vous (personnel de bureau, infirmières et médecins).
8. Nous allons maintenant nous intéresser plus particulièrement aux liens que vous avez entretenus avec les infirmières du projet PR1MaC :
  - Comment se sont déroulées vos interactions avec les infirmières PR1MaC ?
    - Déterminer s'il s'agissait d'un travail de collaboration.
  - De quelle façon votre rôle s'est-il différencié de celui des infirmières PR1MaC ?
    - Départager les rôles entre elles (évaluation, enseignement, éducation, soutien psychosocial, coordination des services).
    - Déterminer si les services offerts par les infirmières PR1MaC dégageaient ou alourdissaient leur travail.
9. De quelles façons les éléments déployés dans la cadre du projet PR1MaC ont-ils changé/modifié votre pratique auprès des personnes avec des maladies chroniques ?
  - Quel impact le projet PR1MaC a-t-il eu sur votre charge de travail auprès des personnes avec des maladies chroniques (alourdit, allégé ou n'a pas changé) ?
10. Quels ont été selon vous les points forts des services offerts dans le cadre du projet PR1MaC ? Quels seraient les points à améliorer ?
  - Que pensez-vous du processus de référence ? Des délais d'attente dans le cadre du volet évaluatif ? Du suivi offert au patient ? De la logistique (locaux, horaire, utilisation des secrétaires de votre clinique) ? Du transfert de responsabilité concernant les patients suite au projet ?
  - Comment qualifieriez-vous les mécanismes d'information prévus pour vous tenir au courant du projet PR1MaC (PR1M'aCtualité, rencontre, infolettre, réunion d'équipe, contact téléphonique avec les membres de l'équipe du projet, avancement du projet, bons coups, éléments à améliorer, résultats obtenus) ?



- 11.** De quelles façons les services déployés dans le cadre du projet PR1MaC par les diverses intervenantes (infirmière, infirmières CAT, nutritionniste, kinésiologue et inhalothérapeute) pourraient-ils être poursuivis : dans votre clinique médicale ? Dans d'autres cliniques médicales ? Dans d'autres territoires ? Avec d'autres clientèles/d'autres maladies chroniques ?
- Faire une mise en situation : le projet PR1MaC sera implanté bientôt dans une nouvelle clinique médicale. Que devrait-on faire différemment ? Que devrait-on répéter ?
- 12.** Quelle est votre satisfaction en regard des services déployés dans votre clinique médicale dans le cadre du projet PR1MaC ?
- Quelles étaient vos attentes au début du projet ? Est-ce que le projet PR1MaC a répondu à ces attentes ?
  - Considérez-vous que les services que les patients ont reçus dans le cadre du projet correspondent à ceux que vous avez demandés ?
- 13.** Quelles sont selon vous les retombées du projet PR1MaC sur vos patients, les membres de leur famille et sur vous ?
- 14.** Jusqu'à quel point le projet PR1MaC a-t-il eu les retombées que vous espériez lors de votre premier groupe de discussion ?

## APPENDICE B

## **Projet de recherche PR1MaC**

Adaptation, implantation et évaluation d'une intervention d'intégration  
des services de réadaptation en maladies chroniques aux soins de première ligne

---

### **GUIDE D'ENTREVUE ENTREVUE INDIVIDUELLE POUR LES**

#### **INTERVENANTS DU PROJET PR1MaC APRÈS L'INTERVENTION**

**(Opinion sur le processus d'implantation, description des effets sur les intervenants/organisations, identification des obstacles et éléments favorables, satisfaction en regard de l'intervention)**

1. Pouvez-vous m'expliquer comment s'est déroulée l'implantation du projet PR1MaC dans les cliniques médicales participantes ?
  - Est-ce que la participante peut identifier les cliniques médicales où l'implantation s'est déroulée le plus facilement ? le plus difficilement ? Expliquer.
  
2. Pouvez-vous m'indiquer quel était votre rôle dans le cadre du projet PR1MaC ?
  - Quelle était la perception de son rôle ?

Chercher à savoir si son rôle correspondait à ce qui avait été expliqué au départ lors de la formation ? Si non, expliquer.

Si intervenante de la Trajectoire spécialisée en maladies chroniques, lui demander si son rôle était différent.

  - Quelle était sa perception du rôle des autres intervenantes du projet PR1MaC (kinésiologue, inhalothérapeute, nutritionniste, infirmière, infirmière CAT) ? De la coordonatrice clinique ?
  
3. Quelle est votre opinion concernant le déroulement du projet PR1MaC ?
  - Amener la participante à répondre à la question selon les différentes phases du projet (au début de l'implantation, lors de l'intervention, après l'intervention).
  - Est-ce que les rencontres avec les patients participants au volet évaluatif étaient différentes de celles avec les patients participants uniquement au volet intervention ? Si oui, pourquoi ?

- Est-ce que la participante peut identifier des éléments qui ont nui à l'implantation du projet (obstacles) ? Qui ont facilité l'implantation du projet (facilitateurs) ?
4. Comment qualifieriez-vous le soutien offert tout au cours du projet PR1MaC ?
- Par les membres de l'équipe du projet (coordonnatrice, agent de recherche).
  - Par les médecins responsables des cliniques participantes.
  - Par le médecin responsable de votre territoire.
5. Comment se sont déroulées vos interactions dans le cadre du projet PR1MaC ?
- Avec les membres de l'équipe clinique PR1MaC (autres intervenantes et coordonnatrice clinique).
  - Avec les membres de l'équipe de recherche PR1MaC (chercheurs, coordonnateur de recherche, agent de recherche).
  - Avec les membres de la Trajectoire spécialisée en maladies chroniques.
  - Avec les membres du personnel des cliniques participantes (personnel de bureau, infirmières et médecins).
  - Avec les médecins spécialistes.
6. **SI INFIRMIÈRE PR1MaC :**  
 Nous allons maintenant nous intéresser plus particulièrement aux liens que vous avez entretenus avec les infirmières de GMF des cliniques participantes :
- Comment se sont déroulées vos interactions avec les infirmières de GMF des cliniques participantes ?
    - Déterminer s'il s'agissait d'un travail de collaboration.
  - De quelle façon votre rôle s'est-il différencié de celui des infirmières de GMF des cliniques participantes ?
    - Départager les rôles entre elles (évaluation, enseignement, éducation, soutien psycho-social, coordination des services).
    - Déterminer si les services offerts par les infirmières PR1MaC dégageaient ou alourdissaient le travail des infirmières de GMF.
7. Quels ont été selon vous les points forts des services offerts dans le cadre du projet PR1MaC ? Quels seraient les points à améliorer ?
- Comment qualifieriez-vous la communication avec l'équipe de recherche PR1MaC (PR1M'aCtualité, rencontre, infolettre, réunion d'équipe, contact téléphonique avec les membres de l'équipe du projet, avancement du projet, bons coups, éléments à améliorer, résultats obtenus) ?

8. De quelles façons les services déployés dans le cadre du projet PR1MaC par les diverses intervenantes (infirmière, infirmière CAT, nutritionniste, kinésiologue et inhalothérapeute) pourraient-ils être poursuivis : dans les mêmes cliniques médicales ? Dans d'autres cliniques médicales ? Dans d'autres territoires ? Avec d'autres clientèles/d'autres maladies chroniques ?
  - Faire une mise en situation : le projet PR1MaC sera implanté bientôt dans une nouvelle clinique médicale. Que devrait-on faire différemment ? Que devrait-on répéter ?
9. À votre avis, quels sont les facteurs qui ont favorisé la mise en œuvre du projet PR1MaC dans les cliniques médicales participantes ? Quels sont ceux qui l'ont limité ?
  - Facteurs organisationnels ? Facteurs intervenantes PR1MaC ? Facteurs patients ?
10. Quelle est votre satisfaction en regard des services déployés dans le cadre du projet PR1MaC ?
  - En regard des services qu'elle a offerts.
  - En regard des services offerts par les autres intervenantes.
  - Quelles étaient vos attentes au début du projet ? Est-ce que le projet PR1MaC a répondu à ces attentes ?
  - Considérez-vous que les services que les patients ont reçus dans le cadre du projet correspondent à ceux que les médecins ou les infirmières ont demandés ?
11. Quelles sont selon vous les retombées du projet PR1MaC sur les patients, les membres de leur famille et les professionnels de 1<sup>re</sup> ligne (md/inf) ?
12. Jusqu'à quel point le projet PR1MaC a-t-il eu les retombées que vous espériez lors de votre embauche ?

## APPENDICE C

## **Projet de recherche PR1MaC**

Adaptation, implantation et évaluation d'une intervention d'intégration  
des services de réadaptation en maladies chroniques aux soins de première ligne

---

### **GUIDE D'ENTREVUE ENTREVUE INDIVIDUELLE POUR LA COORDONNATRICE CLINIQUE DU PROJET PR1MaC APRÈS L'INTERVENTION**

**(Opinion sur le processus d'implantation, description des effets sur les intervenants/organisations, identification des obstacles et éléments favorables, satisfaction en regard de l'intervention)**

1. Pouvez-vous m'expliquer comment s'est déroulée l'implantation du projet PR1MaC ?
  - Auprès des membres de l'équipe clinique PR1MaC (intervenantes).
  - Auprès des membres de l'équipe de recherche PR1MaC (chercheurs, coordonnateur de recherche, agent de recherche).
  - Auprès des membres du personnel des cliniques participantes (personnel de bureau, infirmières et médecins).
  - Auprès des médecins spécialistes.
2. Pouvez-vous m'indiquer quel était votre rôle dans le cadre de l'implantation du projet PR1MaC (motivation, contribution, impact) ?
  - Perception de son rôle.
  - Chercher à savoir si ce rôle correspondait à ce qui avait été expliqué au départ ? Si non, expliquer.
3. Quelle est votre opinion concernant le déroulement du projet PR1MaC ?
  - Amener la participante à répondre à la question selon les différentes phases du projet (au début de l'implantation, lors de l'intervention, après l'intervention).
  - Est-ce que la participante peut identifier des éléments qui ont nui à l'implantation du projet (obstacles) ? Qui ont facilité l'implantation du projet (facilitateurs) ?
4. Comment avez-vous perçu le rôle des membres de l'équipe du projet PR1MaC ?

- Discuter du rôle des chercheurs, coordonnateur de recherche, agent de recherche et intervenantes.
  - Discuter des rôles des comités locaux et du comité de suivi.
5. Comment se sont déroulées les interactions dans le cadre du projet PR1MaC ?
- Avec les membres de l'équipe clinique PR1MaC (intervenantes).
  - Avec les membres de l'équipe de recherche PR1MaC (chercheurs, coordonnateur de recherche, agent de recherche).
  - Avec les membres de la Trajectoire spécialisée en maladies chroniques.
  - Avec les membres du personnel des cliniques participantes (personnel de bureau, infirmières et médecins).
  - Avec les gestionnaires de 1<sup>re</sup> ligne.
  - Avec les médecins spécialistes.
6. Comment qualifieriez-vous le soutien offert tout au cours du projet PR1MaC ?
- Par les membres de l'équipe du projet (agent de recherche, intervenantes).
  - Par les médecins responsables des cliniques participantes.
  - Par les médecins responsables des territoires ciblés.
7. Comment décririez-vous votre performance dans le cadre de votre rôle de coordonnatrice des activités cliniques du projet PR1MaC ?
- Déterminer les points forts, les points à améliorer.
  - Discuter du profil adéquat pour occuper le poste de coordinateur/coordinatrice de ce projet à partir de sa propre expérience.
8. Quels ont été selon vous les points forts des services offerts dans le cadre du projet PR1MaC ? Quels seraient les points à améliorer ?
- Comment qualifieriez-vous la communication avec l'équipe de recherche PR1MaC (PR1M'aCtualité, rencontre, infolettre, réunion d'équipe, contact téléphonique avec les membres de l'équipe du projet, avancement du projet, bons coups, éléments à améliorer, résultats obtenus) ?
9. De quelles façons les services déployés dans le cadre du projet PR1MaC par les diverses intervenantes (infirmière, infirmières CAT, nutritionniste, kinésiologue et inhalothérapeute) pourraient-ils être poursuivis : dans votre clinique médicale ? Dans d'autres cliniques médicales ? Dans d'autres territoires ? Avec d'autres clientèles/d'autres maladies chroniques ?
- Faire une mise en situation : le projet PR1MaC sera implanté bientôt dans une nouvelle clinique médicale. Que devrait-on faire différemment ? Que devrait-on répéter ?



10. À votre avis, quels sont les facteurs qui ont favorisé la mise en œuvre du projet PR1MaC dans les cliniques médicales participantes ? Quels sont ceux qui l'ont limitée ?
  - Facteurs organisationnels ? Facteurs intervenantes PR1MaC ? Facteurs patients ?
11. Quelle est votre satisfaction en regard des services déployés dans le cadre du projet PR1MaC ?
  - Quelles étaient vos attentes au début du projet ? Est-ce que le projet PR1MaC a répondu à ces attentes ?
12. Quelles sont selon vous les retombées du projet PR1MaC sur les patients, les membres de leur famille et les professionnels de 1<sup>re</sup> ligne (md/inf) ?
13. Jusqu'à quel point le projet PR1MaC a-t-il eu les retombées que vous espériez lors de votre embauche ?

## APPENDICE D

## **Projet de recherche PR1MaC**

Adaptation, implantation et évaluation d'une intervention d'intégration  
des services de réadaptation en MC aux soins de première ligne

---

### **GUIDE D'ENTREVUE EN GROUPE DE DISCUSSION POUR LES**

### **GESTIONNAIRES DE 1<sup>re</sup> LIGNE APRÈS L'INTERVENTION**

**(Opinion sur le processus d'implantation, description des effets sur les intervenants/organisations, identification des obstacles et éléments favorables, satisfaction en regard de l'intervention)**

1. Pouvez-vous m'expliquer comment s'est déroulée l'implantation du projet PR1MaC dans vos cliniques médicales ?
2. Pouvez-vous m'indiquer quel était votre rôle dans le cadre de l'implantation du projet PR1MaC (motivation, contribution, impact) ?
  - Perception de son rôle.
3. Quelle est votre opinion concernant le déroulement du projet PR1MaC ?
  - Amener les participants à répondre à la question selon les différentes phases du projet :
    - au début de l'implantation (déroulement de l'implantation – vécu) ;  
[Leur demander comment cela s'est passé au début, quand le projet leur a été présenté, aussi quand l'équipe de professionnelles PR1MaC a commencé à travailler avec les gens de la trajectoire, puis quand les services ont commencé.]
    - lors de l'intervention ;
    - après l'intervention.
4. Pouvez-vous identifier des éléments qui ont nui à l'implantation du projet ou au projet (obstacles) ? Qui ont facilité l'implantation du projet ou le projet (facilitateurs) ?
  - Facteurs organisationnels ? Facteurs intervenantes PR1MaC ? Facteurs patients ?
5. Selon vous, comment les professionnels de 1<sup>re</sup> ligne de vos cliniques médicales ont-ils perçu le projet PR1MaC ?

6. De quelles façons les éléments déployés dans la cadre du projet PR1MaC ont-ils changé/modifié la pratique dans vos cliniques médicales ?
  - Changé/modifié la pratique des professionnels de 1<sup>re</sup> ligne ? Changé/modifié les résultats chez leurs patients ?
7. Comment se sont déroulées vos interactions dans le cadre du projet PR1MaC ?
  - Avec les membres de l'équipe clinique PR1MaC (intervenantes et coordonnatrice clinique).
  - Avec les membres de l'équipe de recherche PR1MaC (chercheurs, coordonnateur de recherche, agent de recherche).
  - Avec les membres de la Trajectoire spécialisée en maladies chroniques.
  - Avec les membres du personnel des cliniques participantes (personnel de bureau, infirmières et médecins).
  - Avec les médecins spécialistes.
8. Quels ont été selon vous les points forts des services offerts dans le cadre du projet PR1MaC ? Quels seraient les points à améliorer ?
  - Comment qualifieriez-vous la communication avec l'équipe de recherche PR1MaC (PR1M'aCtualité, rencontre, infolettre, réunion d'équipe, contact téléphonique avec les membres de l'équipe du projet, avancement du projet, bons coups, éléments à améliorer, résultats obtenus) ?
9. De quelles façons les services déployés dans le cadre du projet PR1MaC par les diverses intervenantes (infirmière, infirmière CAT, nutritionniste, kinésiologue et inhalothérapeute) pourraient-ils être poursuivis : dans les mêmes cliniques médicales ? Dans d'autres cliniques médicales ? Dans d'autres territoires ? Avec d'autres clientèles/d'autres maladies chroniques ?
  - Faire une mise en situation : le projet PR1MaC sera implanté bientôt dans une nouvelle clinique médicale. Que devrait-on faire différemment ? Que devrait-on répéter ?
10. Quelle est votre satisfaction en regard des services déployés dans le cadre du projet PR1MaC ?
  - Quelles étaient vos attentes au début du projet ? Est-ce que le projet PR1MaC a répondu à ces attentes ?
11. Quelles sont selon vous les retombées du projet PR1MaC dans vos cliniques médicales ?
12. Jusqu'à quel point le projet PR1MaC a-t-il eu les retombées que vous espériez lors de votre premier groupe de discussion ?

## APPENDICE E

## **Projet de recherche PR1MaC**

Adaptation, implantation et évaluation d'une intervention d'intégration  
des services de réadaptation en maladies chroniques aux soins de première ligne

---

### **GUIDE D'ENTREVUE EN GROUPE DE DISCUSSION POUR LES GESTIONNAIRES DES SERVICES SPÉCIALISÉS EN MALADIES CHRONIQUES APRÈS L'INTERVENTION**

**(Opinion sur le processus d'implantation, description des effets sur les intervenants/organisations, identification des obstacles et éléments favorables, satisfaction en regard de l'intervention)**

1. Pouvez-vous m'expliquer comment s'est déroulée l'implantation du projet PR1MaC dans votre organisation de services spécialisés en maladies chroniques ?
2. Pouvez-vous m'indiquer quel était votre rôle dans le cadre de l'implantation du projet PR1MaC (motivation, contribution, impact) ?
  - Perception de son rôle.
3. Quelle est votre opinion concernant le déroulement du projet PR1MaC ?
  - Amener les participants à répondre à la question selon les différentes phases du projet :
    - au début de l'implantation (déroulement de l'implantation – vécu) ;  
[Leur demander comment cela s'est passé au début, quand le projet leur a été présenté, aussi quand l'équipe de professionnelles PR1MaC a commencé à travaillé avec les gens de la trajectoire, puis quand les services ont commencé.]
    - lors de l'intervention ;
    - après l'intervention.
4. Pouvez-vous identifier des éléments qui ont nui à l'implantation du projet ou au projet (obstacles) ? Qui ont facilité l'implantation du projet ou le projet (facilitateurs) ?
  - Facteurs organisationnels ? Facteurs intervenantes PR1MaC ? Facteurs patients ?

5. Selon vous, comment les professionnels de la santé de votre organisation de services spécialisés en maladies chroniques ont-ils perçu le projet PR1MaC ?
6. De quelles façons les éléments déployés dans la cadre du projet PR1MaC ont-ils changé/modifié votre organisation de services spécialisés en maladies chroniques ?
  - Chagné/modifié la pratique des intervenantes ? Chagné/modifié les résultats chez leurs patients ?
7. Comment se sont déroulées vos interactions dans le cadre du projet PR1MaC ?
  - Avec les membres de l'équipe clinique PR1MaC (intervenantes et coordonnatrice clinique).
  - Avec les membres de l'équipe de recherche PR1MaC (chercheurs, coordonnateur de recherche, agent de recherche).
  - Avec les membres de la Trajectoire spécialisée en maladies chroniques.
  - Avec les membres du personnel des cliniques participantes (personnel de bureau, infirmières et médecins).
  - Avec les médecins spécialistes.
8. Quels ont été selon vous les points forts des services offerts dans le cadre du projet PR1MaC ? Quels seraient les points à améliorer ?
  - Comment qualifieriez-vous la communication avec l'équipe de recherche PR1MaC (PR1M'aCtualité, rencontre, infolettre, réunion d'équipe, contact téléphonique avec les membres de l'équipe du projet, avancement du projet, bons coups, éléments à améliorer, résultats obtenus) ?
9. De quelles façons les services déployés dans le cadre du projet PR1MaC par les diverses intervenantes (infirmière, infirmière CAT, nutritionniste, kinésiologue et inhalothérapeute) pourraient-ils être poursuivis : dans les mêmes cliniques médicales ? Dans d'autres cliniques médicales ? Dans d'autres territoires ? Avec d'autres clientèles/d'autres maladies chroniques ?
  - Faire une mise en situation : le projet PR1MaC sera implanté bientôt dans une nouvelle clinique médicale. Que devrait-on faire différemment ? Que devrait-on répéter ?
10. Quelle est votre satisfaction en regard des services déployés dans le cadre du projet PR1MaC ?
  - Quelles étaient vos attentes au début du projet ? Est-ce que le projet PR1MaC a répondu à ces attentes ?
11. Quelles sont selon vous les retombées du projet PR1MaC sur votre organisation de services spécialisés en maladies chroniques ?

- 12.** Jusqu'à quel point le projet PR1MaC a-t-il eu les retombées que vous espériez lors de votre premier groupe de discussion ?



## APPENDICE F

## Comité d'éthique CSSS de Chicoutimi et Jonquière

Centre de santé et de services sociaux  
de Chicoutimi

Centre hospitalier affilié universitaire régional

Le 10 février 2011

Docteur Martin Fortin, M.D.  
CSSS de Chicoutimi  
Pavillon Notre-Dame, C. P. 263  
305, rue St-Vallier  
Chicoutimi (Québec) G7H 5H6

☒ Centre administratif  
305, rue Saint-Vallier  
Chicoutimi (Québec)  
G7H 5H6  
Tél. : (418) 541-1000

☐ 150, rue Pinel  
Chicoutimi (Québec)  
G7G 3W4  
Tél. : (418) 549-5474

☐ 411, rue Hôtel-Dieu  
Chicoutimi (Québec)  
G7H 7Z5  
Tél. : (418) 543-2221

☐ 222, rue Saint-Éphrem  
Chicoutimi (Québec)  
G7G 2W5  
Tél. : (418) 690-3924

☐ 904, rue Jacques-Cartier Est  
Chicoutimi (Québec)  
G7H 2A9  
Tél. : (418) 698-3900

☐ 257, rue Saint-Armand  
Chicoutimi (Québec)  
G7G 1S4  
Tél. : (418) 698-3914

☐ 1236, rue d'Angoulême  
Chicoutimi (Québec)  
G7H 6P9  
Tél. : (418) 698-3907

**Objet : 2010-044 Adaptation, implantation et évaluation d'une intervention d'intégration des services de réadaptation en maladies chroniques aux soins de première ligne**

### Approbation finale

Docteur Fortin,

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi a évalué votre projet de recherche à sa réunion du 17 janvier 2011, tenue en comité restreint au Chicoutimi au 305, rue Saint-Vallier, au bureau F-2-044. Lors de cette réunion, le comité a examiné les documents suivants :

- Lettre de présentation du chercheur, datée du 23 décembre 2010
- Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche, signé le 4 janvier 2011
- Formulaire de demande 2010-2011 déposé aux Fonds de la recherche en santé du Québec (incluant le devis de recherche), signé le 15 septembre 2010
- Offre de subvention 2010-2011 du FRSQ, datée du 13 décembre 2010
- Formulaire d'information et de consentement – Entrevues individuelles – Intervenants, version 1 datée du 23 décembre 2010 modifiée CÉR 12 janvier 2011
- Formulaire d'information et de consentement – Groupe de discussion – Intervenants, médecins et décideurs, version 1 datée du 23 décembre 2010 modifiée CÉR 12 janvier 2011
- Formulaire d'information et de consentement – Groupe de discussion – Patients ou membres de la famille, version 1 datée du 23 décembre 2010 modifiée CÉR 12 janvier 2011
- Formulaire d'information et de consentement – Questionnaire d'évaluation des effets – Patients, version 1 datée du 23 décembre 2010 modifiée CÉR 12 janvier 2011
- Questionnaire d'évaluation des effets sur les patients (QEEP)
- Guide d'entrevue en groupe de discussion pour les gestionnaires-décideurs avant l'implantation (description des milieux, facteurs contextuels et analyse des besoins)
- Guide d'entrevue en groupe de discussion pour les médecins avant l'implantation (description des milieux, facteurs contextuels et analyse des besoins)
- Guide d'entrevue en groupe de discussion pour les intervenants avant l'implantation (description des milieux, facteurs contextuels et analyse des besoins)

Docteur Martin Fortin, M.D.

- 2 -

Le 10 février 2011

- Guide d'entrevue individuelle pour les infirmières après l'intervention (degré d'implantation-services offerts, identification des obstacles et éléments favorables, satisfaction en regard de l'intervention)
- Guide d'entrevue par groupe de discussion pour les gestionnaires après l'intervention (opinion sur le processus d'implantation, description des effets sur les intervenants-organisations, identification des obstacles et éléments favorables, satisfaction en regard de l'intervention)
- Guide d'entrevue par groupe de discussion pour les médecins après l'intervention (opinion sur le processus d'implantation, description des effets sur les intervenants-organisations, identification des obstacles et éléments favorables, satisfaction en regard de l'intervention)
- Guide d'entrevue par groupe de discussion pour les intervenants après l'intervention (opinion sur le processus d'implantation, description des effets sur les intervenants-organisations, identification des obstacles et éléments favorables, satisfaction en regard de l'intervention)
- Guide d'entrevue par groupe de discussion pour les patientes familles après l'intervention (trajectoire de soins et de services, satisfaction en regard de l'intervention)
- Curriculum vitae (reçus, mais non soumis aux membres du CÉR)
  - Dr Martin Fortin, M.D.
  - Maud-Christine Chouinard, Ph. D.
  - Marie-France Dubois, Ph. D.
  - Cynthia Gagnon, Ph. D.
  - Marie-Hélène Baron, M.D.
  - Martine Tremblay
  - Katherine Coulombe
  - Chantale Boivin
  - Diane Duchesne
  - Dr Martin Bélanger, M. D.

Faisant suite à cette réunion, une approbation conditionnelle vous a été émise en date du 27 janvier 2011. Conformément à nos exigences, vous nous avez soumis en date du 2 février 2011 une lettre accompagnée des documents suivants modifiés :

- Formulaire d'information et de consentement – Entrevues individuelles – Intervenants, version 2 datée du 2 février 2011
- Formulaire d'information et de consentement – Groupe de discussion – Intervenants, médecins et décideurs, version 2 datée du 2 février 2011
- Formulaire d'information et de consentement – Groupe de discussion – Patients ou membres de la famille, version 2 datée du 2 février 2011
- Formulaire d'information et de consentement – Questionnaire d'évaluation des effets – Patients, version 2 datée du 2 février 2011

Vos réponses et les modifications apportées à votre projet de recherche ont fait l'objet d'une évaluation accélérée le 2 février 2011.

Le 8 février, nous avons reçu copie de la lettre du comité de convenance institutionnelle autorisant le déroulement du projet au CSSS de Chicoutimi.

---

Ce texte est conforme aux rectifications orthographiques Voir [www.nouvelleorthographe.info](http://www.nouvelleorthographe.info)

Nous sommes toujours en attente de la lettre du comité de convenance institutionnelle autorisant le déroulement du projet au CSSS de Jonquière. Dès que nous la recevrons, nous vous ferons parvenir une correspondance confirmant que le projet peut également débiter au CSSS de Jonquière.

Le tout ayant été jugé satisfaisant, nous avons le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé à l'unanimité par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

Les documents que le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi a approuvés et que vous pouvez utiliser pour la réalisation de votre projet sont les suivants :

- Formulaire de demande 2010-2011 déposé aux Fonds de la recherche en santé du Québec (incluant le devis de recherche), signé le 15 septembre 2010
- Formulaire d'information et de consentement – Entrevues individuelles – Intervenants, version 2 datée du 2 février 2011
- Formulaire d'information et de consentement – Groupe de discussion – Intervenants, médecins et décideurs, version 2 datée du 2 février 2011
- Formulaire d'information et de consentement – Groupe de discussion – Patients ou membres de la famille, version 2 datée du 2 février 2011
- Formulaire d'information et de consentement – Questionnaire d'évaluation des effets – Patients, version 2 datée du 2 février 2011
- Questionnaire d'évaluation des effets sur les patients (QEEP)
- Guide d'entrevue en groupe de discussion pour les gestionnaires-décideurs avant l'implantation (description des milieux, facteurs contextuels et analyse des besoins)
- Guide d'entrevue en groupe de discussion pour les médecins avant l'implantation (description des milieux, facteurs contextuels et analyse des besoins)
- Guide d'entrevue en groupe de discussion pour les intervenants avant l'implantation (description des milieux, facteurs contextuels et analyse des besoins)
- Guide d'entrevue individuelle pour les infirmières après l'intervention (degré d'implantation-services offerts, identification des obstacles et éléments favorables, satisfaction en regard de l'intervention)
- Guide d'entrevue par groupe de discussion pour les gestionnaires après l'intervention (opinion sur le processus d'implantation, description des effets sur les intervenants-organisations, identification des obstacles et éléments favorables, satisfaction en regard de l'intervention)
- Guide d'entrevue par groupe de discussion pour les médecins après l'intervention (opinion sur le processus d'implantation, description des effets sur les intervenants-organisations, identification des obstacles et éléments favorables, satisfaction en regard de l'intervention)
- Guide d'entrevue par groupe de discussion pour les intervenants après l'intervention (opinion sur le processus d'implantation, description des effets sur les intervenants-organisations, identification des obstacles et éléments favorables, satisfaction en regard de l'intervention)
- Guide d'entrevue par groupe de discussion pour les patientes familles après l'intervention (trajectoire de soins et de services, satisfaction en regard de l'intervention)

Cette approbation éthique est valide pour un an à compter du 10 février 2011, date de l'approbation initiale. Deux mois avant la date d'échéance vous devrez faire une demande de renouvellement auprès

du Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet accompagné du formulaire d'information et de consentement que vous utilisez.

Dans le cadre du suivi continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires du Comité prévus à cet effet :

- de soumettre, pour approbation préalable au Comité, toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le Comité pour la réalisation de votre projet;
- de soumettre les incidents thérapeutiques graves, les réactions indésirables graves, les réactions indésirables et inattendues et les accidents observés en cours de recherche, dès que cela est porté à votre connaissance;
- de soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout nouveau renseignement sur des éléments susceptibles d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'accroître les risques et les inconvénients des sujets, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un sujet de recherche;
- de soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
- de soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, la cessation prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente;
- de soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout problème identifié par un tiers, lors d'une enquête, d'une surveillance ou d'une vérification interne ou externe;
- de soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation;
- de soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthique ainsi que des résultats de la procédure.

Vous pouvez obtenir les formulaires du Comité téléchargeables à partir du site web à l'adresse suivante :

<http://www.cssschicoutimi.qc.ca/LeCSSSC/Lorganisation/Lecomitedethiquedelarecherche/Formulaires/tabid/3945/language/fr-FR/Default.aspx>

De plus, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

Finalement, nous vous soulignons que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Nous confirmons que le chercheur principal ou les cochercheurs du projet n'ont pas pris part aux discussions, ni à la décision, ni au vote du comité en regard du projet 2010-044.

Ce projet de recherche est subventionné par le Fonds Pfizer-FRSQ-MSSS sur les maladies chroniques.

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi est désigné par le ministre de la Santé et des Services sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du

Code civil du Québec et suit les règles émises par l'Énoncé de politique des trois conseils et les Bonnes pratiques cliniques telles qu'élaborées par la Conférence internationale sur l'harmonisation (CIH).

Recevez l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Christine Gagnon, vice-présidente et coordonnatrice  
Comité d'éthique de la recherche  
Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi

CG/ah

p. j. 4 formulaires d'information et de consentement, version 2 datée du 2 février 2011, approuvés par le CÉR  
questionnaire et 8 grilles d'entrevue, approuvés par le CÉR

c. c. Susie Bernier, agente de recherche, Chaire de recherche les maladies chroniques, CSSSC (par courriel [susie.bernier@usherbrooke.ca](mailto:susie.bernier@usherbrooke.ca))  
Tarek Bouhali, agent de recherche, Chaire de recherche les maladies chroniques, CSSSC

réf. : 2010-044 Approbation finale.doc

## APPENDICE G

**Comité d'éthique Université du Québec à Chicoutimi**



Comité d'éthique de la recherche

Le 23 mars 2011

Madame Maud-Christine Chouinard  
 Professeure  
 Département des sciences de la santé

**OBJET : Décision – Approbation éthique**  
**Programme de Réadaptation Intégrée en 1<sup>e</sup> ligne pour les Maladies Chroniques.**  
**N/Dossier : 602.165.04**

---

Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche a étudié votre demande d'approbation éthique concernant le projet de recherche cité en rubrique.

Pour ce faire, le comité a examiné les documents suivants :

- ✓ Le formulaire du chercheur (1)
- ✓ Le Protocole de recherche (1)
- ✓ Lettre d'octroi Pfizer/FRSQ/MSSS
  - Procès-verbal du comité d'évaluation des demandes
  - Rapports d'évaluation des demandes
- ✓ Lettre d'approbation du Comité d'évaluation scientifique des projets de recherche du CSSS de Chicoutimi
- ✓ Lettre d'approbation conditionnelle du Comité d'éthique de la recherche du CSSS de Chicoutimi
- ✓ Lettre de réponse aux comités scientifique et d'éthique de la recherche du CSSS de Chicoutimi
- ✓ Lettre d'approbation finale du Comité d'éthique de la recherche du CSSS de Chicoutimi
- ✓ Lettre d'acceptation de la convenance institutionnelle au CSSS de Jonquière
- ✓ Formulaires de consentement amendés après l'évaluation éthique du CSSS de Chicoutimi (4)
- ✓ Questionnaire d'Évaluation des Effets sur les Patients (1)
- ✓ Guides d'entrevues qualitatives (8)

Le tout ayant été jugé satisfaisant, nous avons le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé à l'unanimité par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université.

L'approbation éthique délivrée est valide pour la période du **23 mars 2011 au 31 décembre 2012**.

Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité du chercheur de toujours détenir une approbation éthique **valide**, et ce, tout au long de la recherche. De plus, toute modification au protocole d'expérience et/ou aux formulaires joints à ce protocole d'expérience doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche.

Deux mois avant la date d'échéance de votre approbation, si le projet n'est pas terminé, vous devrez faire parvenir au comité une demande de prolongation, en utilisant le formulaire prévu à cet effet, téléchargeable à partir du site WEB de l'institution à l'adresse suivante :


[http://www.uqac.ca/direction\\_services/secretariat\\_general/cd.php](http://www.uqac.ca/direction_services/secretariat_general/cd.php)

Par ailleurs, les membres du comité vous suggèrent de porter une attention particulière à l'élément suivant :

*La personne ayant la responsabilité d'expliquer le contenu du formulaire d'information aux participants devra veiller à clarifier le mode de conservation envisagé pour les données nominatives : les noms, prénoms et coordonnées du participant seront conservés en deux endroits distincts dont un «registre à part», et détruits dans un cas après cinq ans, dans l'autre (le registre à part), un an.*

*Au premier abord, ces informations fournies au formulaire d'information peuvent prêter à confusion, et cela devrait être éclairci lors des explications fournies oralement.*

En vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, veuillez accepter, Madame, nos salutations distinguées.



Marie-Julie Potvin  
Coordonnatrice CÉR  
UQAC

## APPROBATION ÉTHIQUE

Dans le cadre de l'Énoncé de politique des trois conseils : *éthique de la recherche avec des êtres humains* et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

La présente est délivrée pour la période du 23 mars 2011 au 31 décembre 2012

Pour le projet de recherche intitulé : *Programme de Réadaptation Intégrée en 1<sup>er</sup> ligne pour les Maladies Chroniques.*

Responsable du projet de recherche : *Madame Maud-Christine Chouinard*

No référence – Approbation éthique : 602.165.04

Fait à Ville de Saguenay, le 23 mars 2011

  
François Guérard  
Président  
Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains